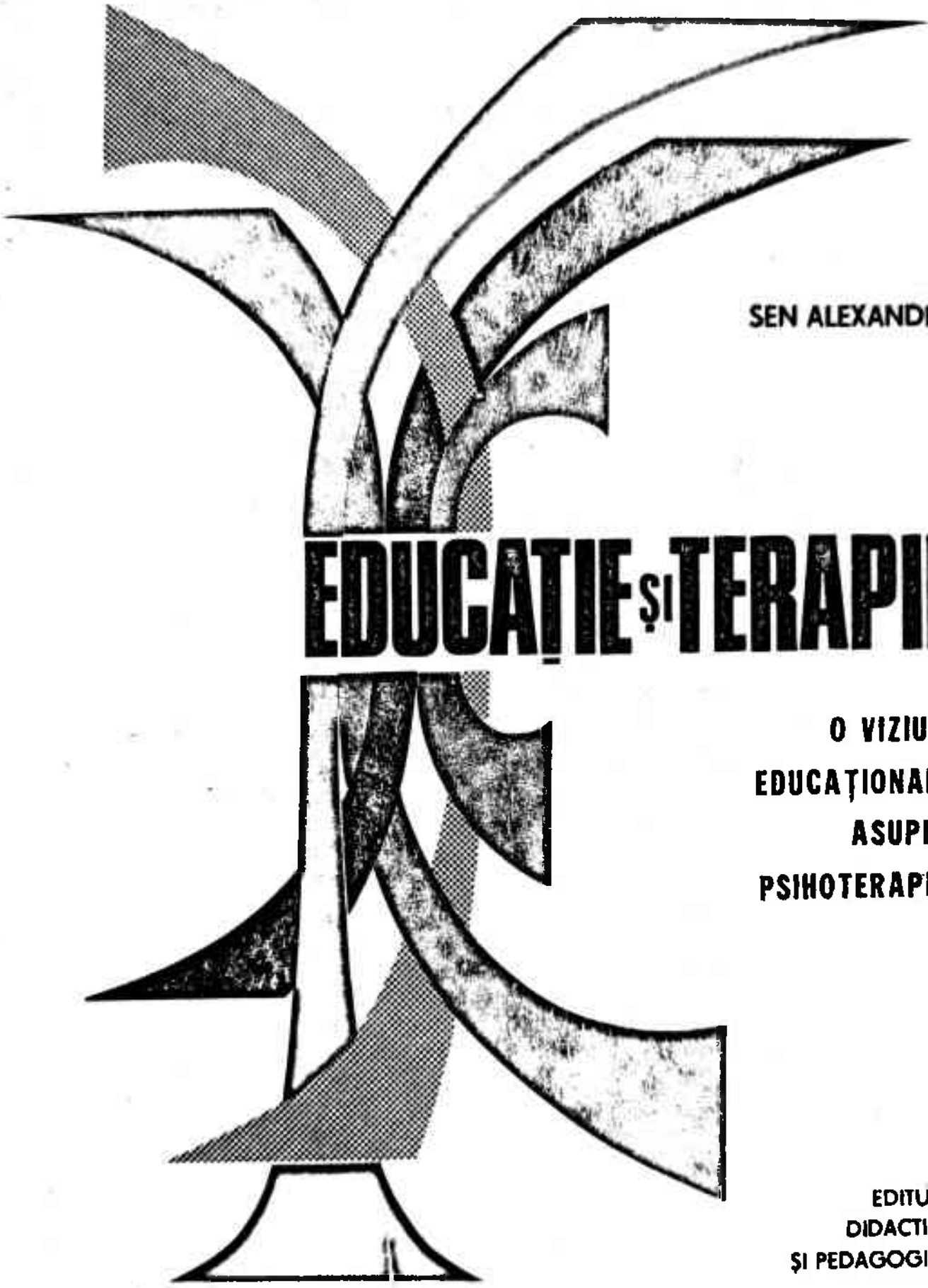

SEN ALEXANDRU

EDUCAȚIE ȘI TERAPIE

O VIZIUNE EDUCAȚIONALĂ ASUPRA PSIHOTERAPIEI

EDITURA DIDACTICĂ ȘI PEDAGOGICĂ

Scanned with OKEN Scanner

SEN ALEXANDRU

EDUCAȚIE ȘI TERAPIE

O VIZIUNE EDUCAȚIONALĂ ASUPRA PSIHOTERAPIEI

Editura didactică și pedagogică — București, 1978

Scanned with OKEN Scanner

SUMAR

Argument 9

Capitolul I. **Aspecte generale** 11
1.1. Diferenţiere şi integrare în ştiinţa contemporană 11
1.2. Pedagogie şi medicină 12

Capitolul II. **Motivarea unei pedagogii terapeutice** 16
2.1. Aspecte generale 16
2.2. O definiţie a educaţiei implicînd funcţia sa terapeutică . . . 18
2.3. Orientarea integralistă în medicina contemporană 20
2.4. Consecinţele orientării integraliste a medicinii pentru instituirea unei terapii educaţionale 24

Capitolul III. **Actul educaţional terapeutic** 28
3.1. Definiţia actului educaţional terapeutic 28
3.2. Structura actului educaţional terapeutic şi mecanismele sale de acţiune 36
3.3. Funcţia de echilibrare a educaţiei 46

Capitolul IV. **Domenii de acţiune ale terapiei educaţionale** 74
4.1. Experienţa franceză: educatorii în spitalele de medicină generală 74
4.2. P. Delore şi funcţia pedagogică a spitalului 76
4.3. Neurologia şi psihiatria — domenii de elecţie ale terapiei educaţionale 79
4.4. Psihologul clinician ca educator terapeut 85

Capitolul V. **Originile educaţiei terapeutice** 91
5.1. Consideraţii generale 91
5.2. Elemente de terapie educaţională în medicina Orientului antic 92
5.3. Cultura fizică în medicina Chinei antice 94
5.4. Hatha Yoga — primul sistem constituit de educaţie terapeutică 95
5.5. Filozofie, educaţie şi terapie în medicina Eladei antice . . . 97
5.6. Un educator terapeut în secolul lui August: L. Annaeus Seneca 110

Scanned with OKEN Scanner

5.7. Tema raportului dintre educație și medicație în gîndirea religioasă medievală 115

Capitolul VI. **Factorii constitutivi ai educației terapeutice** 118
6.1. Materialiștii francezi ai secolului al XVIII-lea ca precursori ai educației terapeutice 118
6.2. Primele izvoare ale educației terapeutice 122
6.3. Ph. Pinel și reforma asistenței psihiatrice. Pedagogie și pedagogism în terapia bolilor psihice 123
6.4. Educarea deficienților senzoriali ca sursă constitutivă a educației terapeutice 129
6.5. Contribuția oligofrenopedagogiei la constituirea educației terapeutice. J. M. Itard și E. Séguin 133
6.6. Auguste Comte despre educație și medicație 149
6.7. Dezvoltarea educației terapeutice în a doua jumătate a secolului al XIX-lea 151
6.8. Nevrozele, domeniu de elecție al educației terapeutice . . . 153
6.9. Definiții ale actului educațional terapeutic la sfîrșitul secolului al XIX-lea 160
6.10. Sugestie, hipnoză și educație — Valențele educațional-terapeutice ale autosugestiei 164
6.11. Metode educațional-terapeutice în neurologie și psihiatrie la sfîrșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului al XX-lea 174
6.12. Pedagogia medicală și ortopedia mintală 190
6.13. Contribuții teoretice și sistematice la fundamentarea terapiilor educaționale în psihiatria interbelică 196
6.14. Dezvoltarea ergoterapiei și conturarea esenței sale educaționale la Herman Simon din Gütersloh 204
6.15. Terapeutica lui Morita 211
6.16. Progresele logopediei în perioada interbelică 214
6.17. Contribuția psihoterapiilor de inspirație psihanalitică la edificarea terapiei educaționale (Freud, Jung, Adler, A. Kronfeld și psihagogia) 219
6.18. Influența psihanalizei asupra pedagogiei curative 239
6.19. Psihoterapia la sfîrșitul perioadei interbelice. Orientări teoretice și practice în spiritul terapiei educaționale 240

Capitolul VII. **Terapiile educaționale în psihiatria contemporană** . . . 243
7.1. Apariția terapiei cu psihotrope și influența ei asupra dezvoltării terapiei educaționale 243
7.2. Clasificarea metodelor de terapie educațională 251
7.3. Concepții și tehnici educațional-terapeutice în sfera educației intelectuale 251
7.3.1. Învățarea ca factor terapeutic 251

Scanned with OKEN Scanner

7.3.2. Terapia prin înțelegere 253
7.3.3. P. Marchais și psihoterapia rațională 255
7.3.4. Terapia comportamentală (Behavior Therapy) 257
7.3.5. Terapia prin instruire (School Therapy, Class Therapy) 259
7.3.6. Biblioterapia 262
7.4. Concepții și tehnici educaționale terapeutice în sfera educației fizice 264
7.4.1. Metoda reeducării corporale a funcțiilor mintale (P. Sivadon și F. Gontheret) 266
7.4.2. Antrenamentul autogen (J. H. Schultz) 268
7.4.3. Alte contribuții la educarea capacității de relaxare și control a comportamentului 271
7.5. Concepții și tehnici educațional-terapeutice în sfera educației morale, a restructurării personalității și comportamentului . 273
7.5.1. Chitamnia lui H. Baruk 273
7.5.2. Orientarea antropologică la reformatorii contemporani ai psihanalizei și consecințele sale educațional-terapeutice (K. Horney și E. Fromm) 274
7.5.3. V. Frankl și logoterapia (nooterapia) 278
7.5.4. Reeducarea personalității nevrotice în perspectiva psihiatriei dinamice 279
7.5.5. O replică marxistă: Psihoterapia concretă (P. Bequart și B. Muldworf) 281
7.6. Funcția educogenă a colectivului ca factor terapeutic . . . 283
7.6.1. Aspecte psihagogice în psihoterapiile de grup 284
7.6.2. Psihodrama (J. L. Moreno) 286
7.6.3. Psihoterapia colectivă sovietică 287
7.6.4. Terapia de mediu (socioterapiile) 289
7.7. Concepții și tehnici educațional-terapeutice în sfera educației prin muncă 290
7.8. Concepții și tehnici educațional-terapeutice în sfera educației estetice 296
7.8.1. Artterapia 298
7.8.2. Meloterapia (Muzicoterapia) 299
7.8.3. Funcția terapeutică a învățării artei dramatice 300
7.9. O încercare de sinteză: R. Lafon și „Psihopedagogia medico-socială“ 304
7.10. Metode educațional-terapeutice în psihiatria românească . . 306

Concluzii 312

Bibliografie 316

Scanned with OKEN Scanner

Ce-i educaţia? O constantă deprindere la economia de puteri şi la aplicarea lor pentru obiecte care merită să le cheltuim.

Mihail Eminescu (Mss. 2275 B,f. 20. „*Manuscriptum*“ 2/1976, p. 34).

Reeducaţiunea are drept ţel dezvoltarea jocului regulat al funcţiunilor organice sau psihice cînd el este insuficient sau neregulat.

Prof. dr. Gh. Marinescu *Reeducaţiunea şi tratamentul psihic în terapeutică* (1906)

Scanned with OKEN Scanner

ARGUMENT

Deşi opinia după care dialogul interdisciplinar constituie o trăsătură definitorie a revoluţiei tehnico-ştiinţifice întruneşte adeziunea tuturor, educatorul ar putea totuşi considera ca insolită o imagine a educaţiei ca terapie, care pare să pună în discuţie însăşi esenţa acţiunii ei fundamentale. În acelaşi sens nici terapeutul n-ar fi scutit poate de îndoieli cu privire la tentativa de a introduce în arsenalul său metode pe care le ştie a fi apanaj exclusiv al educatorului.

Or, tocmai posibilitatea existenţei unor astfel de incertitudini şi nu mai puţin convingerea că instituţionalizarea oricărei modalităţi de cunoaştere şi acţiune trebuie în mod necesar precedată de motivarea necesităţii ei ne-au determinat să conferim acestei lucrări structura unei demonstraţii, prin intermediul căreia ne vom strădui să-l convingem pe cititor că ipoteza unei funcţii terapeutice a actului educaţional (ca modalitate de acţiune) şi, implicit, a relaţiilor între educaţie şi terapie (ca procese), pedagogie şi medicină (ca domeniu de cunoaştere a acestor procese), departe de a descinde dintr-o extrapolare fortuită, îşi află validarea în contextul unui proces istoric care-i conferă o certă legitimitate.

În acelaşi context, relaţia educaţie-terapie, în măsura în care evidenţiază raporturi interdisciplinare, fenomene, metode şi procese analoage, înlesnind astfel elaborarea unor programe multidisciplinare, se înscrie în logica dezvoltării ştiinţei contemporane, reflectînd în fapt tendinţa comună astăzi tuturor ştiinţelor de a-şi extinde domeniile „clasice". Într-adevăr, explorarea aşa-ziselor „Ne Mans Land" (mai puţin „ţări ale nimănui", cît ale tuturor) aduce o contribuţie deosebit de importantă la progresul cunoaşterii în teorie şi practică.

Situîndu-se, ca ştiinţă antropologică, în centrul unui amplu proces de reevaluare şi restructurare, pedagogia îl înregistrează cu o intensitate care decurge dintr-o vocaţie esenţială pentru comunicare şi din tendinţa sa permanentă la renovare şi progres.

Consacrîndu-se omului, ştiinţa educaţiei se confruntă necontenit cu totalitatea disciplinelor, care-şi propun ca obiect de studiu dezvoltarea, promovarea şi păstrarea integrităţii fiinţei umane, le solicită colaborarea şi este, la rîndul ei, solicitată.

În măsura în care concură la edificarea multidimensională a personalităţii, pedagogia nu poate ignora nici unul din aspectele confruntării omului cu realitatea şi cu sine însuşi. Ca atare nici dificultăţile implicate în acest proces deosebit de complex nu-i pot fi străine. Restructurările şi deficitele patologice reflectă şi ele dificultăţi, şi anume deosebite, iar contribuţia metodelor instructiv-

Scanned with OKEN Scanner

educative la rezolvarea sau ameliorarea lor trebuie motivată teoretic în aceeași măsură în care își află confirmarea în practică.

Confruntarea actului educațional cu situația patologică propusă acțiunii sale terapeutice se desfășoară îndeosebi în ambianța clinicii, fapt care ne-a determinat să menținem demonstrația noastră în acest cadru. Am socotit că procedînd astfel asemănările și deosebirile termenilor comparației vor deveni mai pregnante, contribuind astfel la definirea cît mai exactă a posibilităților și limitelor acțiunii educaționale cu finalitate terapeutică. Această limitare ne-a obligat să renunțăm la tratarea acelor aspecte ale inadaptării familiale, școlare, profesionale care, deși exercită o influență certă asupra echilibrului persoanei și a adaptării sale la mediul social, se mențin totuși în afara sferei patologicului și a instituției medico-sanitare.

Firește, relația educațional-terapeutic fiind în fapt o relație psihoterapeutică poate fi abordată de pe poziții diferite, cu obiective și metodologii specifice. A pretinde exclusivitate și exhaustivitate într-un domeniu de preocupări atît de vast ar fi un nonsens.

În acest context se impune precizarea că deși argumentele utilizate în demonstrarea tezei ce ne-am propus au fost solicitate unor domenii ca pedagogia, psihologia, psihiatria, neurologia și, mai ales, istoriei acestor discipline, deși aceste argumente au fost prezentate sincron sau diacron, sub aspectul teoriei generale sau al aplicațiilor practice, așa cum o cerea desfășurarea raționamentului, în intenția noastră nu a fost în nici un fel să înfățișăm cititorilor un manual de pedagogie terapeutică sau de psihoterapie și nici o istorie a educației terapeutice, sau un comentariu cazuistic, întreprindere prea vastă și, sub anumite aspecte, prematură. Mai modestă ca intenție, lucrarea de față își propune numai să alăture viziunii medicale, sociologice, etice o viziune educațională asupra psihoterapiei.

Integrat strategiei terapeutice, actul educațional își completează biografia cu semnificații noi, nu lipsite de interes pentru educatori și — ne îngăduim să afirmăm — nici de consecințe pentru evoluția pedagogiei ca practică socială.

Abordînd studiul funcției terapeutice a actului educațional, ne descoperim o dublă motivație: intelectuală, justificată de convingerea întemeiată pe o îndelungată activitate practică, a utilității sociale pe care un astfel de studiu o implică, dar și afectivă, în sensul afirmării puterii de viață a științei pedagogice, a capacității ei de a răspunde în mod adecvat solicitărilor variate ale practicii sociale, completînd imaginea educației, care formează și dezvoltă, cu aceea a educației care ușurează suferința umană.

AUTORUL

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul I

ASPECTE GENERALE

1.1. Diferenţiere şi integrare în ştiinţa contemporană

Încercarea de a aborda cercetarea funcţiei terapeutice a educaţiei, cu alte cuvinte studiul efectelor restructurante şi recuperatorii ale actului transmiterii, fixării şi aplicării de cunoştinţe şi operaţii, al exerciţiului (mental şi fizic), al influenţării etice sistematice, al activităţii creatoare, al vieţii în colectiv, al creaţiei şi receptării estetice — în contextul strategiei terapeutice — ne plasează de la început în centrul unui proces definitoriu pentru dezvoltarea ştiinţei contemporane: diferenţierea şi integrarea domeniului tematic al ştiinţelor. Obiectul, metodele, domeniile de acţiune ale ştiinţelor constituite par a-şi pierde stabilitatea. O reţea densă de interferenţe anunţă naşterea unor noi discipline reconstituind taxonomiile, dislocări masive deplasează la intersecţia unor discipline clasice problematici inedite. Apar preocupări noi, tehnici şi ştiinţe noi.

Peisajul ştiinţific al contemporaneităţii, dominat de impetuoasa sa dezvoltare, ne sugerează viitorul îndepărtat în mai mare măsură decît ne aminteşte cel mai apropiat trecut.

Această deplasare a intelectului de la vaste continente ale cunoaşterii către teritorii mai reduse ca întindere, dar mai profund explorate, metamorfozarea enciclopedistului, posesor de tip mirandolian al unui număr limitat de informaţii despre foarte multe subiecte, într-un specialist care ştie din ce în ce mai multe lucruri în domenii mai riguros delimitate, reflectă desigur împrejurările istorice, dezvoltarea practicii sociale, perfecţionarea continuă a tehnicilor de cercetare. Acţiunea corespunde însă şi logicii interne a fenomenului: procesul de „cariochineză" căruia îi sînt supuse domeniile cunoaşterii determină o acumulare imensă de capital informaţional care nu mai poate fi conţinut în cadrele originare.

Revoluţia analitică a determinat o reacţie sintetică: din „fragmentele" interdisciplinare se structurează discipline noi, de sine stătătoare.

VOLKOV (300) consideră că integrarea constituie esenţa procesului dezvoltării ştiinţei contemporane, conţinutul acesteia, în timp ce diferenţierea reprezintă forma externă pe care o îmbracă acest proces, modalitatea realizării procesului de integrare definind dialectica acestor raporturi ca „unificare a cunoştinţelor prin fărămiţarea lor".

Raţionamentul prin analogie, care permite transferarea proprietăţilor şi relaţiilor de la unele obiecte la altele, favorizează dialogurile interdisciplinare.

1.2. Pedagogie şi medicină

Interacţiunea între domeniile cunoaşterii nu are un caracter de universalitate: vorbim despre astrofizică, dar nu şi despre astropsihologie, despre biochimie, dar nu şi despre sociochimie; lingvistica poate dialoga cu psihologia, dar nu şi cu geologia. Apariţia unor noi domenii interdisciplinare ale cunoaşterii este condiţionată de existenţa obiectivă a unor puncte de interferenţă între domeniile originare, de posibilitatea evidenţierii unor analogii mai mult sau mai puţin apropiate. Dacă nu este de dorit un raport integral de identitate care ar anula motivaţia dialogului, lipsa unor elemente izomorfe, a unor direcţii comune de acţiune, a unor metodologii transferabile de la un domeniu la altul ar bloca relaţia interdisciplinară.

În cazul pedagogiei şi medicinii, analogiile sînt evidenţiabile fără dificultate. În acest sens, PLANCHARD (227) consideră că ele s-ar justifica „în mod natural" prin simetria structurii lor generale. Astfel, la ambele domenii considerate se pot delimita: o ştiinţă sau un sistem de ştiinţe şi o activitate practică. Deosebirea ar consta în aceea că ştiinţa medicală, datorită obiectului ei mai concret şi mai circumscris, ca şi importanţei ei practice, este mai sistematizată decît ştiinţa educaţiei. În opinia acestui autor pedagogia şi-ar manifesta superioritatea sub aspectul practicii, tehnica medicală fiind esenţialmente o tehnică, în timp ce tehnica pedagogică este „mult mai mult".

Dacă analogia evidenţiată de către PLANCHARD este într-adevăr semnificativă, consideraţiile cu privire la tehnica medicală sînt cel puţin discutabile, avînd în vedere faptul că tehnica diagnostică, terapeutică şi profilactică a medicinii contemporane se întemeiază

Scanned with OKEN Scanner

pe ample și profunde sinteze teoretice. De aceea este imposibilă reducerea actului medical la un demers pur „tehnicist".

În realitate analogiile nu se reduc la structură, ci se extind și la funcție.

Ca și pedagogia, deosebindu-se în același mod de științele pozitive, medicina are o funcție și o finalitate practică implicate în însăși definiția ei, formulată astfel de CLAUDE BERNARD: păstrarea sănătății și vindecarea bolilor. Ea acționează prin intermediul unor acte implicate într-o tactică imediată și într-o strategie de perspectivă, intervenind într-o situație dată cu scopul de a realiza o schimbare calitativă a acesteia. Așadar, ca și pedagogia, medicina este „știința unei arte". O medicină „pură", desprinsă de funcția sa diagnostică și terapeutică reprezintă un nonsens, în aceeași măsură ca și o pedagogie „pură". Căci, așa cum observă JEAN DELAY (274), „rolul medicului este să vindece bolnavii și nu să elaboreze teorii metafizice". Iar A. GROSSIORD, șeful catedrei de reeducare și readaptare de la facultatea de medicină din Paris, consideră că „a pune unui caz o frumoasă etichetă nozologică este un exercițiu intelectual strălucitor, dar de o sterilitate crudă, dacă acest diagnostic nu conduce la un program terapeutic concret" (117).

Și tot ca în cazul pedagogiei, poziția medicinii față de științele ajutătoare se caracterizează prin funcția de selectare și unificare pe care o îndeplinește în relație nemijlocită cu scopul acțiunii sale. Medicina va recolta informații din numeroase domenii, le va selecționa, va propune fizicii, chimiei, biologiei, sociologiei, psihologiei propriile sale probleme, va cere matematicii metode de prelucrare, dar nu va deduce logica acțiunii din domeniul altei științe, ci din propriile scopuri și obiective. Logica medicală este, așadar, o „logică a scopului", ca și logica pedagogică. Psihologizarea medicinii este tot un sofism al occidentului, ca și pedologizarea pedagogiei (ST. STOIAN, 279).

Într-adevăr știința medicală (ca și cea pedagogică) nu se reduce la împrumuturi „extra muros", ea își are propriile ei domenii: propedeutica, semiologia, terapia, profilaxia. Atîta vreme cît se află în afara cîmpului de acțiune al medicului, medicamentul rămîne o simplă combinație chimică fără nici un efect terapeutic.

Interacțiunea medicinii profilactice cu educația a dus la apariția educației sanitare; impactul terapei cu metodele educaționale recuperatorii a prezidat la constituirea educației terapeutice.

Așadar, legitatea dezvoltării științei contemporane se exprimă în relația dialectică dintre diferențiere și integrare: verigile de legătură între științe apar în procesul diferențierii necontenite și spe-

Scanned with OKEN Scanner

cializării tot mai înguste; integrarea reprezintă esența procesului, diferențierea — forma sa externă.

Consemnînd și interpretînd relațiile educației cu alte domenii de cunoaștere și acțiune, pedagogia ca și celelalte științe, se supune legității dezvoltării științei contemporane, extinzîndu-și necontenit sfera de preocupări și spectrul de acțiune. Această extindere demonstrează capacitatea pedagogiei de a se ridica la nivelul contemporaneității, aspirația sa către o dezvoltare nelimitată. Modalitățile de acțiune ale acestei legități prezintă însă forme proprii motivate de esența pedagogiei și de logica scopului ce-i conduce raționamentele.

Medicina prezintă, de asemenea, vocația relațiilor interdisciplinare, ea creează necontenit domenii noi în interdependență cu alte științe, domenii impuse de însăși esența sa eminamente aplicativă. Modalitățile procesului au de asemenea un caracter particular, deoarece și medicina se supune unei logici a scopului.

Între medicină și pedagogie s-au stabilit permanent relații interdisciplinare, astfel de relații dovedindu-se nu numai posibile, ci și efectiv realizabile, datorită analogiei de structură între cele două domenii, ca fiind „științe ale unor arte", teorii ale unor practici, precum și orientării comune antropologice.

Definirea conceptului de *act educațional terapeutic* dă naștere însă unei noi probleme, la fel de însemnată pentru construcția enunțului ca și cele cărora le răspund concluziile de mai sus. În acest context este întemeiată întrebarea: în ce măsură își găsește procesul *educației terapeutice*[1] locul într-o definiție generală a procesului

---

[1] În dorința de a evita confuziile cu privire la înțelesul unor termeni utilizați frecvent, în paginile ce urmează propunem următoarele definiții de lucru asupra cărora vom reveni cu precizări pe măsura desfășurării demonstrației.

Astfel, vom utiliza conceptul de *funcție terapeutică a educației* — pentru a denumi acea funcție a procesului instructiv-educativ, care potențează capacitatea metodelor și procedeelor pedagogice de a realiza, într-o situație patologică, efecte terapeutice, de a reechilibra, restructura, readapta

Funcția terapeutică a educației se manifestă în *actul educațional terapeutic*. Prin acest concept vom denumi orice modalitate de influențare intenționată și sistematică a unui subiect utilizată în scopul ameliorării sănătății, al refacerii echilibrului fizic și psihic.

Conceptul de *educație terapeutică* va desemna procesul căruia îi dă naștere și a cărui dezvoltare o condiționează totalitatea actelor educațional-terapeutice implicate în desfășurarea unui program sistematic de acțiune. Cu același înțeles va fi utilizat și termenul *proces educațional terapeutic*.

Studiul obiectului, conținutului, principiilor și metodelor educației terapeutice va fi desemnat prin termenul de *pedagogie terapeutică*.

Conceptul de *terapie educațională* — va fi utilizat pentru a denumi orice formă de psihoterapie realizată prin metode și procedee educaționale. Așadar,

Scanned with OKEN Scanner

educației? Într-adevăr, fără a răspunde la această întrebare, fără a demonstra capacitatea educației de a contribui la soluționarea unor probleme ce depășesc sfera sa tradițională de acțiune, distanța care desparte spitalul de școală și pe medic de educator n-ar putea fi parcursă cu ușurință. Dimpotrivă, răspunsul la această întrebare ar putea preciza dacă actul terapeutic realizat cu metode utilizate și de educator este într-adevăr un act educațional care poate fi subsumat conceptului general de educație sau este incompatibil cu esența acestui concept.

---

terapia educațională, reprezintă o formă de psihoterapie realizată prin intermediul actelor educațional-terapeutice, subiectul fiind implicat într-un proces educațional-terapeutic. Reușita, validată prin practică a terapiei educaționale demonstrează realitatea funcției terapeutice a educației și legitimează astfel generalizarea experienței acumulate în cadrul pedagogiei terapeutice.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul II

MOTIVAREA UNEI PEDAGOGII TERAPEUTICE

2.1. Aspecte generale

Utilizarea tehnicilor educaţionale în domenii plasate în afara cîmpului de acţiune tradiţional al educaţiei ne obligă la o reevaluare a definiţiilor care restrîng funcţiile sale limitîndu-le la pregătirea tinerei generaţii.

Într-adevăr transferul de experienţă (informaţională, acţională, comportamentală) cu valenţe educogene nu se prezintă exclusiv ca act de formare — dezvoltare pe axa verticală a vîrstelor şi a succesiunii generaţiilor, ci şi ca proces de echilibrare, structurare, compensare şi reciproc readaptare şi restructurare, ceea ce presupune şi o transmisie orizontală adeseori, de la adult la adult.

Presupunerea că domeniul educaţiei se întinde dincolo de ceea ce vizează definiţia „minimală", iar procesul însuşi este infinit mai complex, pare a nu fi fost străină unor filozofi şi pedagogi din trecut, cum dealtminteri o demonstrează necesitatea teoreticienilor de a opera cu enunţuri „restrînse" şi „lărgite" ale fenomenului educativ. O întîlnim în concepţia lui PESTALOZZI, matrice a atîtor intuiţii geniale. Pentru cel mai proeminent dintre ctitorii pedagogiei moderne, educaţia este nu numai „arta de a fi om, de a deveni om, de a rămîne om, arta de a-l face pe altul om", ci şi *„de a-l păstra om"* (subl. ns.) (209). Astfel, educaţia se manifestă în toate secvenţele existenţei, facerea şi devenirea „omului" neepuizînd însă sarcinile educatorului şi nici puterea educaţiei. Realizîndu-şi esenţa umană, omul trebuie s-o şi păstreze şi educatorul nu poate ignora această sarcină, dacă vrea să înfăptuiască obiectivul suprem al oricărei educaţii: a-l învăţa pe om „arta de a fi om". Este cuprinsă aci prima şi cea mai completă definiţie a ceea ce numim astăzi „educaţie permanentă".

Solicitată de progresul continuu, revoluția tehnico-științifică, teoria și practica educației n-ar fi putut răspunde în mod satisfăcător celei mai complexe comenzi sociale din cîte i s-au adresat în decursul întregii sale existențe, dacă nu și-ar fi reconsiderat conceptele fundamentale și îndeosebi conceptul de educație. Considerarea educării și instruirii ca referindu-se numai la tînăra generație, a transmiterii experienței generațiilor adulte celor tinere, ca obiect exclusiv al demersului educațional, nu mai corespundea practicii sociale. A rămîne la sfera limitată a acestui concept înseamnă a lăsa în afara definiției domenii de acțiune, domenii pe care, deținîndu-le în fapt, educatorul trebuie să le revendice în drept pentru a nu frîna însuși procesul de dezvoltare al pedagogiei. Definiția „școlară" a educației nu poate pretinde la poziția *metodologică* de gen proxim al oricărei specii educaționale deoarece, în fapt, ea definește o specie particulară: *educația tinerei generații.*

Împrejurarea că, în acest mod, se definește cea mai reprezentativă și mai solicitată modalitate a educației nu justifică substituția deoarece, oricît de însemnată ar fi această funcție a ei, partea nu se substituie întregului. Ca atare, într-o astfel de definiție, ceea ce este de definit, avînd o extensie mai largă, nu se mai respectă regula „omni et soli definito" — obligatorie pentru orice definiție corectă (GOBLOT, 112).

Pedagogia contemporană se definește pe sine însăși din ce în ce mai frecvent ca o pedagogie situațională. Omul, ca sistem, se află permanent „în situații" (K. Goldstein, 113), deoarece relațiile sale cu ambianța reprezintă o condiție a existenței sale, existența sa temporară — ca dealtfel a oricărui sistem viu — se constituie din totalitatea situațiilor *care pot fi influențate, schimbate prin momente de acțiuni coordonate* (P. APOSTOL, 11). În acest context educația își propune structurarea unor comportamente adecvate rezolvării situațiilor, problematice prin însăși esența lor, în care omul ar putea fi implicat. J. ARDOINO (14) observă că între formarea și perfecționarea profesională pe de o parte și intervenția psihoterapeutică pe de altă parte, granița este destul de îngustă. Postularea caracterului psihoterapeutic al educației și reciproc a educogeniei demersului psihoterapeutic, în ciuda „intențiilor, uneltelor și constrîngerilor" deosebite, se întemeiază pe scopul lor comun: a contribui la maturizarea obiectului acțiunii lor și a-l ajuta să-și cucerească o deplină autonomie necesară exprimării plenare a personalității lor. Aflată într-un proces de reevaluare, pedagogia nu poate trece nepăsătoare pe lîngă un fenomen, cum este sporirea dificultăților de integrare a individului confruntat cu o societate în continuă și rapidă transformare. În fapt, observă cu sagacitate autorul, ceea ce

Scanned with OKEN Scanner

preia psihiatrul este adeseori sarcina tardivă a unei educații necorespunzătoare. În acest sens, educația trebuie să intervină în reglarea relațiilor dintre oameni și îndeosebi să contribuie la reconectarea acestor relații atunci cînd, datorită unor anumite împrejurări, se produc destructurări în vasta rețea a comunicării umane, *relațiile de toate tipurile reprezentînd o necesitate stringentă" a epocii noastre, în afara căreia individul nu-și poate realiza echilibrul lăuntric.*

2.2. O definiție a educației implicînd funcția sa terapeutică

Compararea unui mare număr de definiții ale educației (R. HUBERT, 131; D. TODORAN, 286; ST. STOIAN, 280) ne-au dus la concluzia că cei mai mulți autori, dincolo de unele deosebiri de amănunt, implică în mod necesar într-o definiție comprehensivă a educației următoarele note generale:

a) *caracterul procesual și operațional* — în sensul că, în oricare dintre modalitățile sale de manifestare și fără deosebire de situația în care acționează, educația presupune din partea subiectului (educatorul) o succesiune de acțiuni (operații) exercitate asupra obiectului acestor acțiuni (cel educat). Avînd un caracter procesual, succesiunea de operații se supune unei logici a acțiunii, fiecare operație constituind concluzia celei precedente și premisa celei ce-i succede. Ca efect al acestui proces se determină o serie de acțiuni (operații) din partea obiectului, ceea ce îl transformă pe acesta în subiect activ față de mediul înconjurător și față de sine însuși;

b) *caracterul permanent* — în sensul capacității educației de a acționa în mod eficient „în orice fază a vieții și oricare din formele existenței umane" (D. TODORAN, 286);

c) *finalitatea* — care constituie pivotul acțiunii educaționale, o precede, o directivează, o motivează și se definește ca premisă majoră din care decurge logica acestei acțiuni;

d) *caracterul intenționat* — în sensul manifestării demersului educațional ca expresie a unei voințe de a-l înfăptui ca atare (ca educație). În lipsa acestui caracter, demersul își pierde specificul educațional, chiar dacă actele respective implică astfel de efecte. Înlocuirea intenționalității cu spontaneitatea conferă influenței exercitate un caracter *aleator*, elimină funcția de planificare, decizie și acțiune a educatorului și ca atare anulează esența educațională;

e) *funcția de dezvoltare* — considerată nu numai într-un sens longitudinal, pe axa vîrstelor, ci și orizontal ca amplificare a infor-

Scanned with OKEN Scanner

maţiei deţinută de subiect şi implicit a capacităţii sale de acţiune în comparaţie cu nivelul preexistent procesului educaţional considerat;

f) *funcţia de echilibrare dinamică* — implicînd toate formele de reglare a homeostaziei psihice, compensare, structurare şi restructurare a unor funcţii psihice în scopul adaptării sau readaptării individului la mediu şi al obiectivării, promovării şi salvgardării esenţei sale umane;

g) *relaţia interpersonală* — implicînd statutul diferenţiat al educatorului şi al celui educat, în sensul că acţiunea educaţională exercitată de un om asupra altor oameni, îl învesteşte pe primul cu o autoritate corespunzătoare şi-i plasează pe ceilalţi la un anumit nivel de receptivitate asupra căruia acţionează această autoritate;

h) *caracterul situaţional* — în sensul că educaţia se manifestă nu „în general", ci într-o situaţie determinată şi ca o modalitate de a rezolva problematica acestei situaţii (şcolară, de producţie, patologică etc.).

Aşadar, educaţia poate fi definită ca *un proces specific uman, permanent, intenţionat şi determinat, avînd un scop clar, înfăptuit cu o tehnică proprie, în cadrul unei relaţii interpersonale şi de către o persoană înzestrată cu o autoritate corespunzătoare, prin care se urmăreşte dezvoltarea integrală, echilibrarea dinamică şi adaptarea creatoare a omului la exigenţele societăţii, în orice fază a vieţii şi în oricare din situaţiile existenţei sale, pentru realizarea obiectivării, promovării şi salvgardării esenţei sale umane.*

Desigur că o astfel de definiţie, care nu substituie particularul generalului, motivează existenţa oricărei pedagogii situaţionale şi implicit a pedagogiei terapeutice, legitimează apartenenţa la educaţie a actului educaţional terapeutic. Într-adevăr, dacă educaţia îşi asumă, nu fără orgoliu, contribuţia cea mai însemnată la construirea personalităţii umane, nu se poate desolidariza de om în situaţiile conflictuale, traumatizante, care pun în discuţie integritatea persoanei şi, în anumite cazuri, prin blocarea conştiinţei şi capacităţii de comunicare, determină alienarea esenţei umane, obiectualizarea omului.

În fapt, dincolo de orice diferenţiere, educaţia este direct şi profund implicată în totalitatea relaţiilor omului cu lumea, funcţia ei ontică, esenţială, fiind, în ultimă analiză, păstrarea şi perfecţionarea funcţiei demiurgice (calităţii de subiect activ şi creator) a omului şi a-l împiedica prin toate mijloacele de care dispune de a regresa devenind obiect pasiv, dependent în totalitate, de ambianţă, străin propriei sale existenţe.

Scanned with OKEN Scanner

2.3. Orientarea integralistă în medicina contemporană

Reconsiderarea teoriei și practicii educației într-o perspectivă integralistă autoriza amplificarea „ofertei de servicii" a demersului educațional. Dar oferta se obiectivează numai în funcție de cerere. Era, așadar, necesar ca spiritului integralist în care se reformula oferta să-i corespundă simetric o formulare a cererii în același spirit. Realizarea acestei consonanțe a fost favorizată de orientarea integralistă a medicinii contemporane.

Evoluția teoriei și practicii medicale spre o viziune de sinteză a relațiilor personalității cu sănătatea și boala, reactualizarea unor teze hipocratice asupra organismului, ca ansamblu complex și unitar, și a bolii, ca situație ce implică participarea bolnavului ca totalitate și nu numai a unui organ izolat a avut consecințe deosebit de însemnate sub aspectul extinderii și adîncirii dialogurilor interdisciplinare ale științei medicale.

Vechile teze hipocratice au cunoscut, firește, noi variații în condițiile revoluției tehnico-științifice, care nu a ocolit nici medicina. Propunîndu-și ca scop — așa cum am mai arătat — „păstrarea sănătății și vindecarea bolilor" (CLAUDE BERNARD) medicina utilizează astăzi, pentru realizarea acestor obiective, mijloace de investigație și terapie care beneficiază de cele mai moderne realizări ale biologiei, matematicii, fizicii și chimiei. Pe de altă parte, însăși viziunea medicului asupra omului bolnav și a relațiilor acestuia cu ambianța au cunoscut o reevaluare: alături de factorul biologic se recunoaște rolul deosebit de însemnat pe care îl joacă ansamblul relațiilor sociale, economice, interpersonale în structura și dinamica sănătății și bolii. Omul bolnav nu este mai puțin om; el nu-și pierde esența umană, ci o confruntă cu o anumită situație excepțională, al cărei caracter frustrant îl trăiește cu o mai mică sau mai mare intensitate. Pe de o parte dezvoltarea incompletă a personalității sau o educație greșit direcționată pot acționa ca niște autentici factori etiologici, determinanți de eșecuri cu consecințe patologice, de sentimente de frustrare anxiogene și depresivizante alimentînd structuri psihosomatice; pe de altă parte, în măsura în care se prelungește sau are consecințe de lungă durată, prin cronicizare sau invaliditate, situația de boală influențează sistemul relațiilor sociale ale bolnavului ajungîndu-se, în unele cazuri, pînă la restructurarea patologică a acestora. Dar aceste efecte secundare sociale și psihologice, sau numai expectarea lor anxiogenă, nu sînt lipsite de consecințe pentru dinamica procesului patologic. Medicul va trebui, așadar, să implice, în raționamentul său diagnostic și în strategia terapeutică

Scanned with OKEN Scanner

adoptată, factorul personalitate. Dealtfel vechiul adagiu care nu recunoaşte boli, ci bolnavi consemnează în mod sugestiv atît variabilitatea, practic nelimitată, a modalităţilor de reacţie la actele medicale, cît şi valabilitatea aserţiunii după care rezultatele acestor acte se constată nu într-un sector limitat, ci în contextul comportamentului global adică la nivelul personalităţii pacientului.

Viziunea integralistă spre care evoluează medicina contemporană influenţează nemijlocit definiţia conceptului de boală. Confruntarea unor astfel de definiţii mai recente ne-a dus la stabilirea cîtorva trăsături unanim acceptate. În acest sens, boala pare a fi considerată în accepţia modernă ca:

a) o rezultantă a intervenţiei active a unor factori exogeni şi endogeni interdependenţi, caracterizaţi prin marea lor variabilitate şi acţionînd în limitele unei anumite individualităţi, al unui anumit teren preexistent;

b) reacţia originală a unui anumit organism la agresiunea unui agent intern sau extern, agresiune ce are ca efect o destructurare sau un dezechilibru;

c) o situaţie existenţială implicînd, în grade variabile, alienarea libertăţii bolnavului prin transformarea sa din subiect determinant al propriei existenţe în obiect al acţiunii celorlalţi, prin restrîngerea capacităţii sale de decizie, acţiune şi autodeterminare;

d) o modalitate de influenţare a personalităţii bolnavului, în sensul trăirii conştiente a bolii ca suferinţă şi ca limitare a funcţionalităţii psihofizice, cu efecte retroactive asupra intensităţii, amplitudinii şi duratei procesului patologic. În acest sens se poate vorbi despre existenţa unei „duble reacţii" a omului la boală: ca organism fizic reacţionînd la stimulul patogen şi ca subiect conştient de situaţia psihologică pe care o generează boala, sub aspectul dificultăţilor existente în prezent şi al consecinţelor posibile în viitor.

Orientarea care, reflectînd în cea mai mare măsură tendinţele integratoare ale medicinii contemporane, a adus contribuţia cea mai însemnată la restructurarea şi lărgirea echipei terapeutice este reprezentată de teoria cortico-visceralã, ca şi de medicina psihosomatică. Explicînd în mod deosebit originea, dinamica şi semnificaţia simptomatologiilor, cele două teorii se unesc în ceea ce priveşte abordarea relaţiei psihosomatice de pe poziţii integrative, dialectice. Tema clasică a raportului dintre planul fizic şi cel moral este reconsiderată în lumina unor achiziţii ştiinţifice moderne: concepţiile lui I. P. PAVLOV cu privire la activitatea nervoasă superioară, cercetările lui CANNON în domeniul psihofiziologiei emoţiei sub aspectul repercusiunii stărilor emoţionale intense asupra diverselor secreţii interne şi externe şi a diverselor metabolisme, lucrările lui

Scanned with OKEN Scanner

SELYE cu privire la intervenţia diencefalo-simpato-endocrină în adaptare şi la stress, psihologia socială (LAFON, 160). A fost relevat astfel, dintr-o perspectivă pluridisciplinară — biologică, fiziologică, psihologică, socială — rolul factorului psihic în declanşarea, dar şi în tratamentul bolilor somatice şi reciproc acţiunea agresiunii somatice asupra echilibrului psihic.

Concepţia pavloviană postulează rolul fundamental al scoarţei cerebrale, instanţa la care se realizează sinteza de tip superior a diferitelor tipuri de semnalizare, în condiţionarea comportamentului animalelor superioare şi al omului. În accepţia acestei teorii comportamentul „este normal sau anormal, după cum este normală sau tulburată activitatea normală superioară" (M. SARAGEA, 248).

Pentru I. P. PAVLOV (218) modalitatea particulară de manifestare a bolii este condiţionată de tipul de sistem nervos al omului. Tulburările nervoase funcţionale pot fi provocate nu numai de ciocnirea între procesele de excitaţie şi de inhibiţie, ci şi de anumite excitaţii deosebit de puternice care constituie cauzele obişnuite ale bolilor nervoase şi psihice la om.

Concepţia pavloviană despre boală a influenţat într-o măsură însemnată şi medicina psihosomatică definită de H. P. KLOTZ (152) ca „o tendinţă de a opune patologiei de organe de inspiraţie virchowiană, mult prea specializată, o patologie a omului total, de esenţă hipocratică, iar terapeuticilor standard declanşate automat prin cunoaşterea cutărei anomalii biologice, o terapeutică holistică ce ţine seama de diferiţi factori patogeni, fie că sînt somatici sau psihici". În accepţia acestui autor, contribuţia fiziologiei pavloviene constă în aceea că a demonstrat realizarea neîntreruptă „prin creier şi în creier" — a următoarelor trei operaţiuni: analiza stării funcţionale a tuturor organelor interne şi reglarea interrelaţiilor lor, analiza datelor imediate ale lumii exterioare, reglarea şi conduita individului pentru a se obţine un optimum de adaptare, cu alte cuvinte echilibrarea între cele două ansambluri precedente. În acest mod s-a precizat funcţia de control pe care o exercită sistemul nervos central, atît la nivelul vieţii de relaţie, cît şi al vieţii vegetative.

Orientării psihosomatice, psihanaliza la rîndul ei îi oferă teoria dezvoltării stadiale, teoria conversiunii şi tehnica analitică. În măsura în care relaţiile între psihic şi somatic au fost înfăţişate uneori în contextul unor translaţii simpliste, prin transcrierea mecanică a unor simptome în terminologia psihanalizei, criticile ce s-au adus contribuţiei psihanalitice şi îndeosebi teoriei conversiunii (H. Baruk, 22) ni se par a fi îndreptăţite. Nu poate fi însă negată realitatea interacţiunilor psihosomatice, existenţa unor modalităţi de expresie, a unor „limbaje" reacţionale ale organismului bolnav şi nici posi-

Scanned with OKEN Scanner

bilitatea trecerii „mesajului" patologic dintr-un sistem informațional într-altul, ceea ce este recepționat organic putîndu-se „exprima" psihic și reciproc. La fel, nu poate fi subevaluată contribuția deosebit de utilă pe care tehnica analitică a adus-o metodologiei psihoterapeutice.

Orientarea psihosomatică, abstracție făcînd de unele interpretări tributare unor dogme psihanalitice, are un caracter dialectic explicit, influențînd în acest sens comportamentul diagnostic și terapeutic. Într-adevăr, psihosomatica postulează abordarea omului bolnav în *continuitatea sa*, ținîndu-se seama de aportul său ereditar, de condiționările anterioare, de dinamica raporturilor sale cu situația și în *totalitatea* sa, avîndu-se în vedere interdependența pe care organele o realizează între ele sub controlul sistemului nervos. Este o medicină care nu se poate practica decît în echipă, căci numai în acest fel se poate ajunge la abordarea integrală a bolnavului — ceea ce presupune dealtfel prezența psihologului clinician, ca investigator și educator terapeut, în instituția medico-sanitară.

Orientarea integralistă a medicinii contemporane a realizat astfel o mișcare calitativ superioară: translația de la parte la întreg, de la organ la întreaga ființă. Ceea ce era considerat ca o stare biologică univocă devine, în viziunea medicinii contemporane, o realitate psihologică deosebit de complexă, o situație „relație trăită" sau, mai exact, „suferită" de subiect, care leagă orice ființă vie de mediul său total la un moment dat" (V. LENHARDT, 160). Relația individului cu situația nu este obiectuală (ca a unui obiect pus într-un anumit loc), el este total angajat, cu organismul, afectivitatea, inteligența, posibilitățile de care dispune. Situația reprezintă, așadar, un anumit moment al „istoriei", al existenței sale, solicitînd o trăire plenară și care-și capătă un sens numai în măsura în care relația individ-mediu, structură ce nu poate fi disociată, este trecută prin filtrul propriei subiectivități.

Situațiile se prezintă subiectului ca probleme de rezolvat ce implică în enunț evenimentele, ființele, lucrurile pe fondul cărora se detașează persoana, „punerea în situație" avînd astfel totdeauna un caracter dinamic și expresiv. Soluțiile propuse de subiect, reflectate în acțiunea sa, modifică situația, care la rîndul ei impune subiectului o anumită conduită (K. GOLDSTEIN, cf. V. LENHARDT) (160).

Orientarea integralistă a evidențiat existența particularităților situaționale în structura relației boală—bolnav—medic—terapie—ambianță și a precizat modalitățile originale ale transcrierii acestor particularități pe portativul patologicului.

Scanned with OKEN Scanner

Într-adevăr, în cazul bolii „punerea în situație este de cele mai multe ori independentă de voința subiectului; participarea individuală la situație are un caracter diferențiat în ceea ce privește ponderea factorilor fizici și psihici sub aspectul intensității, eficienței, stabilității reacțiilor; ca funcție a subiectivității bolnavului ea prezintă toate particularitățile acestuia: figura și fondul se intrică într-o măsură mai mare decît la subiectul normal, se substituie una altuia, își succed într-o dialectică infinit mai sinuoasă decît într-un context normal, caracterul problematic al situațiilor este mult mai pronunțat datorită scăderii funcționalității psihofizice și, ca atare, a eficienței acțiunii și a adecvării conduitei prin care acțiunea se exprimă. Reducerea globală sau parțială, cantitativă și calitativă, a capacității de rezolvare a problemelor are drept consecință scăderea gradului de modificare a situației, în sensul dorit de subiect ca urmare a intervenției sale.

Într-o anumită măsură și la un anumit nivel al agresiunii boala îl alienează pe subiect de privilegiile pe care i le conferă, în contextul situației, subiectivitatea sa, îl înglobează, îl „obiectualizează", confundîndu-l cu fondul: bolnavul devine obiectul pasiv al acțiunii altora, care îl suplinesc în funcția de decizie. În același timp, însă, bolnavul păstrează în planul conștiinței și afectivității capacitatea de a trăi consecințele traumatizante, inhibitorii, frustrante ale unei astfel de regresii. Capacitatea sa redusă de a rezolva problemele ce decurg din acest decalaj generează sentimentul regresului și implicit stări intens psihogene cu consecințe asupra dinamicii bolii. „În cea mai organică dintre maladii — scrie P. COSSA (62) — elementele psihologice joacă un rol considerabil. În fapt, fie că este vorba despre maladii cu etiologie organică predominantă sau de maladii de alură psihogenetică, găsim totdeauna aceeași intricație. Omul este un complex psihosomatic indisociabil. El răspunde printr-o dublă reacție, în același timp psihică și somatică la tot ce atinge echilibrul personalității sale, fie pe cale psihică, fie somatică".

2.4. Consecințele orientării integraliste a medicinii pentru instituirea unei terapii educaționale

Demersul teoretic nu putea rămîne fără consecințe practice. Dacă bolnavul răspunde stimulului patogen printr-o dublă reacție, este firesc să regăsim aceeași dualitate reflectată în structura actului medical. Într-adevăr consecințele viziunii integraliste sînt lesne *decelabile* la nivelul celor două modalități majore ale practicii medicale: în investigație și în terapie.

Scanned with OKEN Scanner

Orientarea integralistă a influențat investigația în sensul integrării tehnicilor de examinare psihologică în explorarea funcțională a bolnavilor, alături de tehnicile electrofiziologice, radiologice, biochimice etc. Diagnosticianul solicită informații nu numai asupra deficitului psihologic, ci și cu privire la personalitatea premorbidă: evoluția personalității, comportament, activitate, sisteme de relații interpersonale, modalități afective, performanțe, eșecuri și traume, blocaje în dinamica personalității, realizarea nivelului de aspirație, maturizarea intelectuală și afectivă, particularități temperamentale și comportamentale etc. etc. Astfel de informații îngăduie medicului să racordeze simptomatologia, modalitățile de reacție, comportamentul pacientului în situație patologică la totalitatea „istoriei personale", să-și explice unele particularități etiologice sau unele oscilații în dinamica maladiei. O metodologie exploratorie complexă îl ajută pe psihologul clinician să formuleze răspunsuri validate la întrebările pe care i le adresează medicul pentru construirea unei imagini cît mai veridice a bolnavului și a bolii.

În terapie, conștiința „dublei reacții" a persoanei la situația patologică a constituit premisa unui raționament care a determinat înglobarea „medicațiilor psihologice" (P. JANET, 140) în fapt terapii educaționale în terapeutica medicală. Acest raționament a putut prezenta, ipotetic, următorul demers:

— Dacă reacția la stressul patologic prezintă o structură bivalentă, atunci și modalitățile pe care le opunem acestei reacții trebuie să aibă o astfel de structură.

— Dacă agresiunea somatică are efecte psihice, iar agresiunea psihică efecte somatice, atunci și terapia pe care le-o opunem își va intersecta acțiunea în contextul unității psihofizice a persoanei umane. Ca atare, metodele biologice, farmacologice trebuie să aibă și efecte psihice, iar metodele psihoterapeutice, efecte somatice. Vindecarea este completă numai atunci cînd se prezintă ca restructurare a întregului sistem psihofizic.

— Dacă „trăirea" situației patologice de către om are caracterul unei deprivări afective și dacă acest sentiment își află originea în conștiința diminuării eficienței sale psihice în relație cu ambianța, toate demersurile care i-ar reda într-o măsură mai mică sau mai mare sentimentul plenitudinii existențiale, statutul social, care l-ar „dezaliena" ar trebui, în mod necesar, să aibă efecte terapeutice. Astfel, dacă esența omului se manifestă în practica socială, în actele sale, în capacitatea sa de a acționa, de a activa și dacă, reciproc, sentimentul deprivării afective în condițiile trăirii situației de boală se obiectivează îndeosebi ca o conștiință dureroasă a neputinței de a acționa, de a-și exercita prerogativele umane, de a voi și de a

Scanned with OKEN Scanner

realiza acte „de a modifica situaţia prin conduita sa", demersul restitutiv se va înfăţişa în mod necesar ca o terapie prin activitate, în scopul reinserţiei în activitate, ca o *terapie ocupaţională;* dacă esenţa socială este constituită de relaţiile sociale ale omului, iar deprivarea afectivă a bolnavului îşi are origina în sentimentul de frustrare generat de limitare şi „restructurare" la un nivel mai scăzut al acestor relaţii, demersul restitutiv se va înfăţişa de asemenea ca o *socioterapie;* dacă unitatea persoanei umane se realizează în relaţiile omului cu sine însuşi şi dacă deprivarea afectivă este resimţită şi ca un dezechilibru al acestor relaţii, demersul restitutiv se înfăţişează şi ca o *psihoterapie.*

Restructurarea comportamentului, reintegrarea subiectului în structura unor relaţii normale cu sine şi cu ambianţa necesită însă un demers complex, în funcţie de: tipul handicapului (tulburare motorie, senzorială etc.), de vîrstă, de nivel de şcolaritate, de motivaţie, de nivel de aspiraţie, de fază a procesului patologic etc. (A. LABREGÈRE, 158). Este necesară o metodologie care nu se poate realiza decît prin intermediul celui mai general demers uman, celui mai firesc şi mai accesibil dintre demersurile utilizate în structurarea personalităţii, în construcţia omului: actul educaţional.

În măsura în care demersul restitutiv se prezintă ca o restructurare, ca o reconstrucţie, implicînd o remodelare a cunoştinţelor, deprinderilor, convingerilor, comportamentelor în contextul reechilibrării relaţiei „sine-sine" şi „sine-lume" (LABREGÈRE), aceasta se realizează prin intermediul actului educaţional care-şi manifestă astfel o funcţie terapeutică prin contribuţia ce o aduce la vindecarea bolnavului.

Într-adevăr, aşa cum vom căuta să demonstrăm, toate metodele psihoterapeutice prezintă elemente de esenţă educaţională, chiar dacă nu totdeauna explicite, intenţionate. Aceasta deoarece astfel de elemente sînt implicite oricărui contact uman care urmăreşte, sub o formă sau alta, restructurarea personalităţii.

Educaţia în accepţia ei extensivă a putut oferi medicinii metodele care autorizează integrarea actelor educaţionale în ansamblul terapeutic datorită atît cunoaşterii profunde a genezei, evoluţiei şi structurii personalităţii pe care îşi întemeiază ştiinţa pedagogică demersul aplicativ, cît şi datorită capacităţii metodelor educaţionale de a opera la nivelul „molecular" al persoanei. Într-adevăr pedagogia dispune de tehnici verificate pentru a forma şi dezvolta capacitatea de învăţare, a controla reactivitatea, a „construi" personalitatea, îmbinînd ştiinţa construcţiei întregului cu arta modelării detaliului.

Scanned with OKEN Scanner

Dar cea mai convingătoare motivație pentru postularea unei valențe terapeutice a actului educațional o aflăm în relația dintre structura problematizată a oricărei situații și funcțiile „de sistem rezolvator de probleme" ale personalității. A te integra unei situații, a o domina, a te manifesta ca subiect în raport cu ea înseamnă în fapt a rezolva în mod cît mai adecvat problematica implicată în situație, ceea ce presupune anumite capacități de informare, decodare, decizie, execuție. Educația dispune însă de un cîmp larg de experiență, constînd tocmai în formarea la om a capacității de a rezolva independent o multitudine de probleme, ceea ce constituie în fapt și măsura reușitei demersului educațional în direcția formării unei personalități active și originale.

Însă, dacă o situație se înfățișează subiectului ca problematizare a realității și dacă deprivarea afectivă a bolnavului decurge din scăderea capacității acestuia de a rezolva problematica situațională datorită limitării capacităților amintite, orice demers care l-ar ajuta să redobîndească posibilitatea de a se informa, de a evalua, de a decide și executa ar trebui să aibă ca post-efect ameliorarea sentimentului de deprivare și, ca atare, efecte terapeutice.

Or, a-i reda unui bolnav aceste eficiențe înseamnă, în fapt, a contribui la reeducarea sa pentru societate și pentru activitate.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul III

ACTUL EDUCAȚIONAL TERAPEUTIC

3.1. Definiția actului educațional terapeutic

Definirea actului educațional terapeutic ca act de predare-învățare, exercitare (antrenament) și utilizare sistematică a cunoștințelor în scopuri terapeutice conturează numai cadrul general al conceptului, determinarea mai precisă a conținutului fiind condiționată de anumite delimitări. Într-adevăr în afara relației părinți-copil, profesori-elevi, ofițeri-soldați se cunosc și relații interpersonale care implică un factor de informare, sfătuire, formare și îndrumare, cel ce direcționează îndeplinind această funcție în temeiul competenței sale, recunoscută ca atare de societate și de cel direcționat. Așa sînt și relațiile avocat-client, inginer-muncitor, ghid-vizitator și evident medic-pacient.

Mai mult, într-o accepție foarte generală, orice mesaj informațional ar putea fi considerat ca educațional în măsura în care sporește inventarul de cunoștințe al receptorului și îi determină un act adecvat, anulînd un comportament neproductiv. (A da lămuriri, de exemplu, asupra unei adrese trecătorului dezorientat care o solicită, dar și a explica o rețetă unui pacient sau lista actelor necesare la o instituție publică etc. sînt situații semiotice care, într-o măsură mai mare sau mai mică, implică în structura lor atît elemente informaționale care sporesc fondul de cunoștințe al celui ce solicită mesajul, cît și elemente formaționale, în măsura în care determină un comportament adecvat în prezent și o experiență utilizabilă în viitor.)

Este însă lesne de observat că relațiile aparținînd primei categorii (profesor-elev etc.) se deosebesc de cele din a doua categorie (inginer-muncitor etc.) și de cele subsumate celei de-a treia ca-

tegorii (cuprinzînd informaţiile curente) — printr-o trăsătură fundamentală, o „diferenţă specifică". Ne referim „la voinţa de a educa", la intenţia de a face educaţie care constituie însăşi esenţa raporturilor între părinţi şi copii, profesori şi elevi, ofiţeri şi soldaţi.

Firește, inginerul poate fi un bun educator al colaboratorilor săi, după cum avocatul îşi poate instrui cu folos clientul; dar aceste modalităţi ale funcţiei lor sînt secundare activităţii lor profesionale şi nu au, de obicei, un caracter intenţional.

Această disociere este şi mai clară în cazul celei de-a treia categorii căreia nici taxonomia cea mai comprehensivă nu i-ar acorda, probabil, un loc într-o clasificare a relaţiilor educaţionale, caracterul episodic, întîmplător, al solicitării de lămuriri şi informaţii limitînd durata şi semnificaţia acestui act.

Un act reprezintă în esenţă „execuţia unei voliţiuni", posibile, în curs de a se îndeplini sau îndeplinită. (A. LALANDE, 164), iar actul educaţional nu face excepţie de la această regulă. În cazul educaţiei, voinţa care se materializează prin act tinde spre realizarea scopului educaţiei şi exprimă sinteza între modelul educaţional corespunzător unei anumite orînduiri sociale şi poziţia educatorului faţă de conţinutul şi forma acestui model: de acceptare integrală sau parţială, de înlocuire, de completare a programului instructiv-educativ dedus din modelul educaţional. Numai existenţa unei intenţii programatice în strînsă legătură cu un scop educaţional poate conferi în mod net unui act funcţia educogenă şi calitatea ce decurge din această funcţie.

În acest context se impune însă o precizare importantă: intenţia, manifestată explicit, de a realiza un fapt de educaţie se valorizează numai prin act, prin acţiunea nemijlocită asupra subiectului, prin practică. Actul educaţional îşi justifică definirea ca atare în măsura în care se manifestă ca act. Aşa cum au arătat discuţiile în jurul pedologiei, cunoaşterea obiectului acţiunii nu se poate substitui acţiunii înseşi, fiecare avîndu-şi scopuri şi ca atare „logici" particulare.

Definind astfel genul proxim ca intenţionalitate de a educa în raport cu un anumit scop, este necesar să precizăm şi diferenţa specifică a actului educaţional ca act educaţional terapeutic. Delimitările se referă atît la factorul educaţional (în măsura în care nu toate actele educaţionale pot fi considerate ca explicit terapeutice), cît şi la factorul terapeutic (în măsura în care nu toate actele psihoterapeutice pot fi definite ca educaţionale).

A. Într-adevăr, stabilind relaţii de predare-învăţare, transmiţînd cunoştinţe, formînd priceperi, deprinderi şi convingeri, reali-

Scanned with OKEN Scanner

zînd o influență formativă asupra subiectului său, actul educațional terapeutic se deosebește totuși în mod esențial, sub următoarele aspecte, de actul educațional adresat tinerei generații:

Aspectul	Educația tinerei generații	Actul educațional terapeutic
1. **situațional** delimitare între normă și excepție	Demers normal în contextul unei evoluții bio-psiho-sociale normale, în condițiile unui echilibru adecvat al individului cu ambianța. Autorizează o strategie amplă și de lungă durată.	Act de excepție motivat de o modificare patologică, de un accident. Intervenție limitativ-situațională (ca durată, strategie și cadru).
2. **procesual** ca delimitare între procesul de educare și cel de reeducare	Acționează pe căi încă neexplorate, construiește structuri adaptative noi, structurează, adaptează, integrează, creează într-un spațiu relativ liber.	Act de restituție, nu face, ci reface, nu modelează, ci compensează și restaurează.
3. **instrumental** ca delimitare între strategie și tactică, metodă și procedeu	Utilizează strategii pedagogice complexe, subordonate unor scopuri educaționale ample, și acționează în condiții de stabilitate. Educatorul exercită integral funcția de conducere a procesului instructiv-educativ.	Este subsumat strategiei terapeutice globale, „ordonat" de medic, reprezentînd o tactică limitată pe care educatorul o execută. Este elaborat pe secvențe în condițiile labilității factorilor situaționali (afectivitatea, înțelegerea, receptivitatea, cooperarea subiectului). Domină procedeul și situația particulară.
4. organizatoric ca delimitare între instituția școlară și cea medico-sanitară.	Acționează într-o ambianță firească pentru subiect, beneficiază de consonanta între cadru și funcție (școala), subiectul aflîndu-se într-o relație de continuitate cu mediul ambiant. Reprezintă aici demersul cel mai însemnat.	Acționează într-un cadru de excepție (instituție medico-sanitară) care întrerupe relațiile firești ale subiectului cu ambianța. Este în acest context, un act auxiliar subordonat unui obiectiv terapeutic central, trebuind să-și adapteze procedeele acestui obiectiv.

Scanned with OKEN Scanner

Aspectul	Educaţia tinerei generaţii	Actul educaţional terapeutic
5. funcţional-poziţional ca delimitare între funcţia şi poziţia educatorului în şcoală şi cea a educatorului terapeut.	Educatorul îndeplineşte un rol conducător, îşi asumă totalitatea actelor instructiv-educative, dirijează colaborarea cu alţi factori educaţionali, poartă întreaga răspundere pentru activitatea instructiv-educativă (ca profesor, diriginte, director).	Lucrează într-o echipă multidisciplinară, este dirijat de către medic, este dependent într-un mod sau într-altul de fiecare dintre membrii echipei, trebuie să răspundă la solicitările acestora în mod diferenţiat.
6. de finalitate ca delimitare între scopul educaţiei în şcoală şi al educaţiei terapeutice	Atît obiectivele imediate cît şi scopul final mediat sînt educaţionale.	Obiectivele imediate sînt educaţionale, în timp ce scopul final mediat este terapeutic: reechilibrarea funcţională a pacientului.

O definiţie corectă a actului educaţional terapeutic va trebui să opereze disocieri şi în ceea ce priveşte diferenţele specifice existente între:

— actul educaţional implicat în procesul instructiv-educativ desfăşurat în şcolile speciale, avînd desigur şi componente terapeutice, dar rămînînd esenţialmente şcolar (presupunînd o instituţie de învăţămînt, elevi şi profesori, plan, programă, manuale, lecţii, o organizare specifică a spaţiului şi timpului) şi actul educaţional terapeutic aşa cum se prezintă el în clinici, spitale, policlinici, dispensare, sanatorii de post-cură, cămine de bolnavi cronici, cadru în afara căruia un act poate fi considerat ca terapeutic numai în sens metaforic;

— actul educaţional utilizat în cadrul educaţiei sanitare (prin conferinţe, filme, tipărituri, expoziţii, lecţii) implicat unei activităţi cu caracter de masă şi adresat în general oamenilor sănătoşi cărora tinde să le conserve sănătatea, servind obiective profilactice şi actul educaţional cu obiective intenţionat terapeutice adresat unor subiecţi deficitari, strict individualizaţi, stabilind între pacient şi terapeut o relaţie strict diadică, cele două modalităţi ale pedagogiei medicale ilustrînd în fapt deosebirea între profilactic, curativ, terapeutic;

— metodele care elimină participarea conştientă a pacientului, psihoterapeutice, dar nu şi educaţionale, şi actul educaţional-terapeutic, care presupune în mod necesar participarea subiectului.

Scanned with OKEN Scanner

Deşi, aşa cum se va arăta în capitolul următor, hipnoza a jucat un rol apreciabil în dezvoltarea psihoterapiei, unii autori atribuindu-i chiar valenţe educative, deosebirea de esenţă între hipnoză şi educaţie nu autorizează, după părerea noastră, integrarea sugestiei hipnotice în categoria metodelor educaţionale. V. N. MIASISCEV (185) consemnează existenţa a două metode principale de influenţare psihoterapeutică — *sugestia* şi *convingerea* (subl. n.) care se deosebesc din punctul de vedere al modalităţii de acţiune a cuvîntului şi sînt frecvent opuse una celeilalte, prima fiind considerată o metodă iraţională şi a doua, o metodă raţională. În primul caz eficienţa cuvîntului este determinată în gradul cel mai înalt de modificarea reactivităţii scoarţei cerebrale în condiţiile stării hipnotice fazice. În al doilea caz, nu există un asemenea fond de inhibiţie corticală. Dimpotrivă, procesul de convingere a subiectului şi de restructurare a comportamentului se desfăşoară pe fondul unei încordări maxime a activităţii celui de-al doilea sistem de semnalizare, care îi oferă bolnavului posibilitatea unei analize critice conştiente.

Actul educaţional presupune o relaţie interpersonală dinamică, în cadrul căreia se realizează participarea conştientă şi activă a subiectului care, în acest mod, ia parte la propria sa restructurare. Fără participarea din ce în ce mai amplă a conştiinţei, extensie care reprezintă în fapt un rezultat al demersului educaţional, nu poate fi conceput un adevărat act de educaţie, cel puţin în accepţia sa umană.

Or, anulînd participarea conştientă a pacientului, „obiectualizîndu-l", transformînd comportamentul acestuia într-un reflex al unei voinţe exterioare absolute, hipnoterapeutul anulează mecanismele fundamentale ale procesului educaţional şi în primul rînd învăţarea. Actele individului hipnotizat nu-i aparţin, ele nu sînt elaborate de bolnav pe baza unei confruntări cu realitatea şi a unei prelucrări interioare, ci sînt transmise în psihicul său de către hipnoterapeut şi menţinute încă la trezirea din somnul hipnotic. Efortul personal devine inutil, bolnavul nu-şi trăieşte conştient experienţa, aceasta aparţinîndu-i terapeutului. Situaţia aceasta este de fapt incompatibilă cu educaţia.

Cu alte cuvinte, actul educaţional terapeutic este, prin însăşi natura sa educaţional, un act de psihoterapie raţională.

B. Dar nici această calitate nu defineşte în totalitate actul educaţional terapeutic, deoarece nu toate metodele psihoterapeutice aplicate în condiţiile deplinei participări conştiente a bolnavului sînt şi metode intenţionat educaţionale.

Astfel simpla confesiune a bolnavului, care are loc fără ca terapeutul să joace un rol activ produce un efect catartic apreciabil şi poate pregăti un demers educaţional. Metodele analitice care nu sînt

Scanned with OKEN Scanner

urmate de acţiuni reconstructive conduse de terapeut şi definite ca atare fără echivoc pot avea desigur efecte secundare de natură educaţională, ceea ce nu justifică definirea acestor metode ca educaţionale. Firește, cu atît mai puţin se pot prevala de această calitate metodele care, fără a anula starea de conştiinţă, o reduc într-o măsură mai mare sau mai mică, spre a debloca demersul analitic al bolnavului, aşa cum se procedează în narcoanaliză. Cu alte cuvinte, actul educaţional implică rolul conducător activ al terapeutului.

În acest sens, terapia educaţională nu poate fi explicit asimilată terapiei nondirective elaborată şi aplicată de CARL ROGERS şi definită de acesta ca „terapie centrată pe client" (client-centered).

Semnificativ ne apare faptul că renunţarea la directivare în actul psihoterapeutic a creat dificultăţi teoretice pe care psihoterapeuţii „nondirectivişti" au considerat că le pot rezolva tocmai în sensul limitării caracterului nondirectiv al metodei.

Astfel G. MARIAN-KINGET (242) precizează că noţiunea de „nondirecţie" nu este ideea conducătoare a acestei metode. Pivotul ei este centrarea pe pacient (client-centered). Nu absenţa directivelor, ci manifestarea la terapeut a unei anumite atitudini faţă de pacient şi a unei anumite concepţii asupra relaţiilor umane ar caracteriza această metodă care, în concepţia autorului ei, „nu reprezintă un mod de a acţiona, ci o modalitate de a fi". Autorul admite că orice situaţie umană implică o direcţionare, cu atît mai amplă cu cît situaţia este mai importantă în raport cu eul şi ca atare „orice situaţie terapeutică este impregnată de direcţie".

Format în spiritul psihanalizei, dar şi al empirismului concepţiei lui JOHN DEWEY (G. MARIAN-KINGET, 242), ROGERS se va depărta de freudism, metoda sa reprezentînd în fapt o reacţie la dogmele psihanalitice. Terapeutul, în concepţia lui Rogers, se va lăsa condus exclusiv de observaţie şi va căuta „să înveţe de la pacient". Fiinţa umană posedă capacitatea latentă de a se înţelege pe sine şi a-şi înţelege problemele, suficientă pentru a realiza o existenţă satisfăcătoare şi o bună funcţionare a mecanismelor de relaţie.

Dar pentru ca această capacitate latentă să devină manifestă, este necesară o relaţie umană pozitivă, favorabilă conservării şi revalorizării eului, fără ca afirmaţiile individului despre sine să devină o sursă de pericole sau de desconsiderare a acestuia.

Terapeutul rogersian va crea relaţii caracterizate prin autenticitate şi comprehensivitate integrală. El va manifesta o atitudine pozitivă faţă de acele trăsături intelectuale şi afective care îl deosebesc pe bolnav de terapeut şi se va strădui să-şi însuşească modul de a vedea lumea şi pe sine însuşi propriu pacientului.

Scanned with OKEN Scanner

În măsura în care o astfel de consonanță între terapeut și pacient se realizează în fapt, acesta din urmă (denumit de ROGERS „client") va ajunge să vadă și să înțeleagă prin el însuși aspectele pe care le-a refuzat pînă atunci conștiinței sale, evoluînd din ce în ce mai mult spre tipul de personalitate corespunzător aspirațiilor sale, devenind capabil să rezolve problemele pe care i le pune viața, actualizîndu-se ca persoană.

Programul propus de ROGERS, acceptabil în conținut, urmează să fie însă realizat ca demers spontan al pacientului. Deși se subliniază că terapia nondirectivă nu implică o atitudine de „laisser faire", de nepăsare sau de absență a activității, în fapt ea îl obligă pe terapeut la un absenteism aproape total. Angajat în redresarea unei personalități, dar obligat principal „să nu deranjeze redresarea", să evite orice fel de judecăți de evaluare, să nu răspundă întrebărilor bolnavului, deoarece „a întreba este o dovadă de imaturitate afectivă", să nu aprobe și să nu critice, să elimine din comportarea sa orice manifestare care ar putea fi considerată ca o imixtiune în libera desfășurare a comportamentului subiectului, terapeutul nondirectivist nu este nici măcar un analist, căci așa cum precizează ROGERS, terapia nondirectivă nu reprezintă o analiză, ci o cataliză. Rolul terapeutului se reduce, așadar, la cel de simplu instrument stimulativ menit să ofere bolnavului mijlocul de a dialoga cu lumea înconjurătoare. Terapeutul mijlocește și intensifică reacția psihică urmărită prin valoarea de simbol a prezenței sale în calitate de reprezentant al realității externe („celălalt") și nu prin participare activă de pe poziția celui ce sfătuiește și îndrumă, a celui ce educă.

Or, actul educațional este prin definiție un act de direcție în raport cu un obiectiv apropiat sau îndepărtat și în condițiile unor statute deosebite. Subiectul (elev, ucenic, pacient, soldat etc.) devine element central de educație în virtutea unei trebuințe (sociale, intelectuale, psihofiziologice) corespunzătoare unei anumite vîrste sau situații care astfel va fi satisfăcută. Educatorul satisface aceste trebuințe în temeiul unui surplus de competență, care-i conferă o poziție proeminentă în raport cu cel educat. El reprezintă un sistem de referință propus subiectului printr-o activitate nemijlocită asupra acestuia. Rolul conducător al educatorului acționează ca un mecanism fundamental în orice proces educațional, manifestarea sa adecvată fiind resimțită de cei supuși educației ca o necesitate, reprezentînd o sursă de autoritate ce autentifică valoarea mesajelor transmise și o versiune realizată, vie, a modelului de personalitate și de comportament propus subiectului.

Scanned with OKEN Scanner

În acest context absenteismul, neintervenţia terapeutului nondirectivist sînt incompatibile cu statutul unui educator-terapeut. Educaţia autentică presupune şi intenţionat directivare[1].

În concluzie, actul educaţional terapeutic prezintă următoarele trăsături caracteristice care participă la definirea sa:

1. Este un act explicit şi intenţionat de educaţie.
2. Reprezintă o modalitate de excepţie a demersului educaţional, deoarece acţionează în situaţii excepţionale generate de o agresiune patologică.
3. Este explicit şi intenţionat terapeutic, subordonat vindecării bolnavilor.
4. Nu face ci reface, nu educă, ci reeducă.
5. Foloseşte procedee strict individualizate.
6. Este utilizat într-un cadru specializat, de către un educator specializat.
7. Activitatea educatorului specializat se integrează unei activităţi desfăşurate în echipă.
8. Are un caracter conştient, presupunînd o participare constantă şi activă cît mai susţinută din partea bolnavului.
9. Are un caracter directiv, presupunînd pentru educator un rol conducător.

În lumina acestor caracteristici, propunem următoarea definiţie:

Actul educaţional terapeutic, expresie a funcţiei terapeutice a educaţiei, este un act instructiv-educativ intenţionat şi explicit, aplicat, la solicitarea unui medic, în situaţiile deficitare generate de o agresiune patologică şi avînd ca obiectiv redresarea eficienţei intelectuale a bolnavului, readaptarea sa afectivă, restructurarea personalităţii sale şi a comportamentului său în scopul refacerii echilibrului său psihofizic şi a reintegrării sale în viaţa activă.

---

[1] Pentru a exemplifica măsura în care „terapia centrată pe client" se plasează în afara demersului educaţional consemnăm concluziile lui Carl Rogers la tentativa de a converti experienţa sa într-un „învăţămînt centrat pe elev" cu alte cuvinte „a unui învăţămînt întemeiat pe principiile terapeutice pe care m-am străduit să le aplic în pedagogie": „tot ce poate fi predat altei persoane este relativ fără nici o utilitate şi nu are decît puţină sau nici o influenţă asupra comportării sale, — singurele cunoştinţe care pot influenţa comportarea unui individ sînt cele pe care le descoperă el însuşi, dar ele nu pot fi direct comunicate altora, căci aceasta ar deveni un învăţămînt cu rezultate fatale". „Rezultatele oricărui învăţămînt sînt — continuă Rogers — sau neînsemnate sau de-a dreptul nocive." Consecinţele sînt lesne de prevăzut: autorul propune abolirea oricărei forme de învăţămînt, a examenelor, a susţinerii diplomelor şi a tuturor manifestărilor care ar putea reprezenta „tragerea unei concluzii" — (C. R. Rogers, *Le développement de la personne*, Paris, Dunod, 1972, p. 197—199.)

Scanned with OKEN Scanner

Obiectivele sale imediate sînt educaționale, scopul său, mediat prin îndeplinirea acestor obiective este terapeutic. Ca atare, el își realizează obiectivele prin procedee strict individualizate ce decurg din aplicarea unor metode instructiv-educative curente la situația particulară creată de agresiunea patologică și de nivelul eficienței remanente a bolnavului, dar este subordonat strategiei terapeutice generale.

Se exercită în cadrul unei instituții medico-sanitare, de către un educator specializat, în condițiile unei activități de echipă coordonată de medic.

3.2. Structura actului educațional terapeutic și mecanismele sale de acțiune

Dacă vom compara efectele terapeutice ale metodelor educaționale cu cele obținute prin intermediul altor metode terapeutice structural deosebite prin natură și dinamică de terapia educațională, apare motivată căutarea acelei structuri moleculare, a acelui factor bazal care îngăduie obținerea unor efecte relativ asemănătoare prin metode atît de deosebite. Substanța chimică de sinteză, soarele, apa și aerul, stimulul electric, planta medicinală utilizează desigur căi proprii de acțiune dar, ca și actul educațional terapeutic, în ultimă analiză declanșează mecanisme de reglare homeostazică la toate nivelele, stimulează, inhibă, restructurează și realizează astfel reechilibrarea bolnavului.

Existența unui astfel de principiu ultim este presimțită de observator și în situații patologice elementare. Un moment de anxietate, un puseu depresiv pot fi înhibate prin administrarea unei medicații corespunzătoare, dar, cel puțin în anumite limite de intensitate, același efect se poate obține și printr-o convorbire cu bolnavul, în cadrul căreia acesta primește informații care îl conving de lipsa de temeinicie a temerilor sale. Tot astfel se poate obține o sporire a tonicității musculare prin acțiunea unui agent chimic, dar și prin intermediul unor exerciții de cultură fizică medicală. Așa cum observă P. MARCHAIS (181) „asupra anumitor tulburări, acțiunea terapeutică, fie psihologică, fizică sau chimică, poate avea efecte similare. Aceleași tulburări pot fi ușurate în mod diferit. De exemplu, anumite stări de anxietate pot fi calmate la fel de bine printr-o psihoterapie, o chimioterapie sedativă sau tranchilizantă sau printr-o reflexoterapie". Autorul consideră, în mod justificat, ca abuzivă tendința de a considera aceste acțiuni, ca identice, ele avînd moduri de acțiune proprii, care nu se substituie, ci se completează.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru a evidenția modalitățile acestei completări, care permite integrarea unor metode diferite în aceeași schemă operațională, este necesar să analizăm structura actului educațional terapeutic și mecanismele de acțiune terapeutică ce decurg din această structură.

O astfel de analiză trebuie să pornească de la o concepție științifică asupra ființei umane; o asemenea antropologie științifică ne oferă gîndirea marxistă.

ADAM SCHAFF (253) rezumă concepția marxistă despre ființa umană ca agent și produs al acțiunii în trei teze fundamentale:

1. Individul uman este o parte a naturii, ca produs al evoluției acesteia, în care calitate este supus legilor generale de dezvoltare a naturii.

2. Individul uman este, totodată, o parte a societății și ca produs al evoluției acesteia este supus legilor de dezvoltare a societății.

3. Individul este produsul unei autocreații, ceea ce înseamnă că omul, făuritor al istoriei, transformînd și creînd condiții noi ale existenței sale, se creează și se transformă pe el însuși ca om social, condiționat de dezvoltarea naturii și a societății.

Raportînd aceste elemente definitorii ale structurii persoanei la patologia personalității, vom observa că destructurările funcționale posibile se pot ordona după aceeași schemă. Într-adevăr, agresiunea patologică, nevrotică sau psihotică, poate afecta persoana sub următoarele aspecte:

1. Ca ființă naturală, supusă legilor naturii și înzestrată cu sistemele și aparatele ce permit păstrarea echilibrului cu mediul extern și intern — așadar sub aspect biologic și fiziologic.

2. Ca ființă socială, sub aspectul desfășurării adecvate a schimburilor sale cu ambianța și al manifestării plenare a funcției sale de creație socială, ca atare sub aspect social.

3. Ca produs al unei autocreații, ceea ce implică în mod necesar conștiința de sine, capacitatea de acțiune asupra oamenilor, dar și a lui însuși, posibilitatea de a elabora programe, de a reflecta asupra lor și de a aprecia rezultatele acțiunii sale — deci sub aspect psihologic și educațional.

O astfel de trihotomie are însă numai o valoare de sistematizare. În realitatea sa clinică boala nevrotică sau psihică se prezintă ca o structură etiopatogenetică și nozologică deosebit de complexă, însumînd factorii de excitație și reacțiile fiziologice, psihologice și sociale într-o strînsă interdependență. Această plurivalență se înscrie simetric și în structura funcțională a arsenalului terapeutic. În realitate, nici o medicație nu este lipsită de o acțiune psihologică, cu efecte sociale, după cum nici o metodă psihoterapeutică nu poate fi considerată ca atare în afara proceselor fiziologice obiective.

Scanned with OKEN Scanner

Cu atît mai mult actul educaţional terapeutic, metodă prin care se abordează personalitatea în totalitate, presupune existenţa în structura sa funcţională a unor mecanisme ce acţionează în baza unor motivări biologice, psihologice şi sociale şi care să atingă nivelele respective ale persoanei, obţinîndu-se efecte restructurante.

a) *Baza biologică a actului educaţional* constă în capacitatea organismului de a reacţiona la stimulii externi sau interni care condiţionează posibilitatea dialogului cu ambianţa. Într-adevăr, adresîndu-se persoanei în totalitate, *actul educaţional se adresează implicit şi individului biologic.*

Receptarea integrală a ansamblului de semnale din care se constituie un act de învăţare, exerciţiu, activitate practică presupune capacitatea originară a subiectului de a recepţiona semnalele şi de a reacţiona la ele pozitiv sau negativ.

Reactivitatea umană prezintă, desigur, trăsături proprii determinate de calitatea omului de fiinţă socială şi raţională. Specific umană este capacitatea omului de a întregi procesele adaptative naturale prin antrenament conştient şi prin corectarea imperfecţiunilor sale cu mijloace terapeutice din ce în ce mai complexe. Activitatea şcolii pavloviene a demonstrat, dealtminteri, experimental plasticitatea deosebită a scoarţei cerebrale, capacitatea ei de a realiza permanent noi legături, de a răspunde adecvat la situaţii noi, de a reface structurile funcţionale deficitare, asigurînd adaptarea şi readaptarea organismului, funcţie care la om atinge cel mai înalt nivel de complexitate şi eficienţă. *Receptivitatea* (măsura în care incitaţiile venite din mediul extern sînt primite de organism exact şi complet), *mobilitatea funcţională* (care condiţionează plasticitatea proceselor de adaptare) şi *replica* (implicînd caracterul adecvat, eficacitatea reacţiei) oferă organismului posibilitatea de a răspunde la un spectru larg de stimulări. În cazul omului, fiinţă ce-şi desfăşoară existenţa într-un mediu ecologic fundamental modificat prin practică socială conştientă şi în care evoluţia formelor de muncă a supus dispozitivele de adaptare fixate prin evoluţie şi transmise ereditar unui examen sever sub aspectul soliditătii şi perfecţiunii lor, acest spectru de stimulări este, firește, mult amplificat. Factorul exogen (social, psihologic, educaţional, ergonomic, profilactic) se comportă în fapt ca un factor de intervenţie biologică activă, lărgind considerabil posibilităţile sale adaptative.

În explicarea funcţiei terapeutice a actului educaţional un rol deosebit de însemnat îi revine fenomenului de compensare ca modalitate a reactivităţii. Compensarea presupune o armonie în activitatea sistemelor funcţionale ale organismului de la nivelul celular pînă

Scanned with OKEN Scanner

la nivelul întregului organism. Ea exprimă tendința organismului de a menține circuitele funcționale la un nivel suficient de intensitate pentru a asigura echilibrul homeostazic, dar în același timp capacitatea organismului de a realiza actul de substituție necesar menținerii sale în viață. Dinamica fizico-chimică a sistemelor astfel salvgardate asigură dezvoltarea, conservarea, autoreînnoirea, continuitatea echilibrului morfofuncțional care exprimă relațiile continue ale organismului respectiv cu mediul ambiant. În acest context, organismul ne apare ca un sistem dotat cu capacitatea de a rezolva problematica propusă de decompensare, stare de dezechilibru a unuia sau mai multor sisteme funcționale principale cu epuizările de resurse energetice și perturbările metabolice pe care le implică. Adeseori, procesele compensatoare determină consolidarea unui nou nivel morfofuncțional al organismului.

Importanța deosebită a funcției de compensare ca o expresie a tendinței organismului spre adaptare constă mai ales în posibilitățile pe care le deschide acțiunilor de readaptare. Prin însăși structura sa funcțională organismul decompensat favorizează acțiunea agenților restructuranți, endogeni sau exogeni, fără deosebire de natura lor și respinge acele elemente care ar împiedica procesul readaptativ. Această orientare funcțională „comprehensivă" asigură funcției terapeutice condiții propice de manifestare sub toate aspectele, situație de care beneficiază firește și actul educațional terapeutic.

Pe de altă parte, compensarea nu a rămas o manifestare la nivel organic elementar a unor mecanisme adaptative, ea a oferit și practicii sociale conștiente un model comportamental. Strategiile terapeutice utilizează demersul compensator la toate nivelurile organismului, determinînd procesul de compensare în mod voluntar. Un organ poate compensa activitatea altui organ, dar și o deprindere poate compensa lipsa altei deprinderi, un statut social lipsa altui statut social și o trăire afectivă lipsa altei trăiri afective, cu efecte pozitive pentru bolnav (N. SIMIONESCU, 264 și urm.).

Activitatea superioară a omului îndeplinește sub aspectele reactivității un rol ce depășește nivelul biologic bazal, capacitatea sa de semnalizare fiind dată de o înaltă eficiență adaptativă. Dinamica activității nervoase superioare reglează funcțiile unui vast dispozitiv de adaptare înzestrat cu capacitatea de a analiza stimulii externi, de a-i sintetiza la nivelul percepției, de a declanșa reacții adecvate informației. Iradierea și concentrarea, inducția reciprocă a proceselor nervoase asigură scoarței cerebrale regimul funcțional propice păstrării homeostaziei.

Scanned with OKEN Scanner

Actul educațional terapeutic este condiționat biologic de reactivitate sub un dublu aspect:

1) ca act educațional care urmărește dezvoltarea armonioasă a individului ca personalitate multilateral dezvoltată, realizarea unui comportament echilibrat în relațiile cu societatea și cu sine însuși, a adaptării active la cerințele societății. În acest context, demersul informațional-formațional cu diferitele sale direcții de acțiune (educația intelectuală, fizică, morală, estetică, educație prin și pentru muncă) implică și o semnificație biologică sub aspectul acțiunii de tonificare a terenului, de modelare a formei și intensității reacției comportamentale, de educare a individului în sensul utilizării corespunzătoare a rezervelor sale energetice. Reușita acțiunii informațional-formaționale este condiționată de plasticitatea organismului ca modalitate a reactivității;

2) ca act terapeutic care participă la anularea dezechilibrului și refacerea homeostaziei. În acest sens, acțiunea sa reflectă particularitatea specific umană a reactivității de a putea fi influențată de practica socială. Refacerea, — prin intermediul învățării —, a capacității de muncă și prin aceasta a releelor de interrelații ale individului cu ambianța, reconstrucția imaginii sale despre sine în relațiile sale cu societatea, exercită asupra bolnavului o acțiune cu certe valențe curative. Capacitatea de compensare ca modalitate a reactivității oferă restructurării educaționale dispozitivele fiziologice compatibile cu obiectivele sale pe plan terapeutic. „Activitatea de muncă și educație raportată la posibilitățile și capacitățile omului sînt condiția principală a formării și dezvoltării proceselor de compensare a funcțiilor tulburate“ (D. DAMASCHIN, M. GOLU, 66). Firește că, în condițiile reactivității organismului uman, compensația capătă o semnificație psihologică.

b) *Baza psihologică a actului educațional terapeutic.* — Comunicarea, dialogul, procesul prin care „doi subiecți utilizează cuvîntul cu intenția ca fiecare dintre interlocutori să înțeleagă ceea ce simte și gîndește celălalt, ajungînd într-o anumită măsură la această comprehensiune reciprocă a punctului de vedere propriu și a modului lor de a fi“ (M. NAVRATIL, 160) — reprezintă baza psihologică a actului educațional terapeutic. Eficiența acțiunii sale are în vedere atît trebuința, cît și capacitatea de comunicare specifică omului.

Dispunînd de un instrument de comunicare cu o capacitate de cuprindere și de expresie care-l deosebește calitativ de totalitatea celorlalte specii, omul își desfășoară întreaga existență în contextul unei ample rețele de circuite de comunicare, scurtcircuitările semnalînd în acest caz deficite neuropsihice adeseori severe. Cuvîntul poate acționa ca factor etiopatogen, se poate manifesta ca simptom

Scanned with OKEN Scanner

(prin carență totală, inadecvare logică, utilizare excesiv redundantă, mijloc de exprimare a unor tulburări afective etc.), dar poate fi utilizat ca „medicament", constituind în acest caz un instrument terapeutic deosebit de eficient. Funcția terapeutică a educației ne apare în fapt ca funcție educațional-terapeutică a comunicării interumane conștiente, raționale, verbale. Interacțiunea sistematică a unui terapeut și a unui pacient, grație unei manipulări de simboluri, conform unui sistem de ipoteze formulate cu claritate în relație cu personalitatea, în scopul reconstrucției metapsihologice a pacientului în propriul său interes (L. BELLAK, 26), reprezintă în fapt „o acțiune psihică asupra psihicului", o relație „de la om la om" în care terapeutul nu dispune decît de propriul său psihic pentru a atinge psihicul tulburat al pacientului (J. L. FAURE, 160). Subliniind legăturile strînse ale psihoterapiei cu pedagogia, MIASIȘCEV (194) consideră ca factor „principal și hotărîtor" în toate formele de psihoterapie „caracterul relațiilor bolnavului cu terapeutul, relații care devin o forță activă cînd au un caracter emoțional pozitiv". În procesul comunicării se reconectează dispozitivele adaptative deconectate de agresiunea patologică și se oferă bolnavului posibilitatea „utilizării" comunicării cu terapeutul drept sistem de referință pentru rezolvarea problemelor, dar și pentru revitalizarea afectivă, implicată în participarea comprehensivă și simpatetică a terapeutului la frămîntările pacientului.

Eficiența terapeutică deosebită a cuvîntului se datorează pe de o parte reprezentării, în structura sa, a tuturor nivelelor la care se realizează comunicarea persoanei cu ambianța (subcortical, primul sistem, al doilea sistem de semnalizare) pe de altă parte multiplelor funcții pe care le îndeplinește în organizarea și reglarea acestor raporturi. În acest context, I. P. PAVLOV (217) observă că, reflectînd în structura sa totalitatea experienței de viață a adultului, cuvîntul este legat de totalitatea excitațiilor interne și externe care vin la emisferele cerebrale, le semnalizează și le înlocuiește pe toate, putînd astfel determina toate acțiunile sau reacțiile organismului care sînt condiționate de acești excitanți. Istoria cuvîntului se confundă cu istoria omului ca ființă conștientă și ca atare el este intim legat de întreaga sa existență, reprezentînd în același timp un instrument de explorare a realității externe și interne, o modalitate de exprimare a rezultatelor obținute și o arhivă în care se depune experiența ce decurge din decodarea și aplicarea în practică a acestor rezultate (A. R. LURIA, 176). Or, tocmai această multiplicitate a nivelelor de acțiune explică valoarea curativă a cuvîntului ca modalitate de comunicare profund ancorată în fiziologic, psihologic și

Scanned with OKEN Scanner

social şi implicit rolul limbajului în restabilirea echilibrului activităţii nervoase.

„Reglator superior al comportării umane" (I. P. PAVLOV), cuvîntul influenţează primul sistem de semnalizare şi regiunea subcorticală atît prin funcţia sa inhibitorie pronunţată (resimţită cu o intensitate variabilă la celelalte nivele), cît şi prin acţiunea pozitivă pe care o reprezintă inducţia.

Receptat la confluenţa acestor niveluri, traumatismul psihic generează o „structură dinamică patologică" (A. G. IVANOV-SMOLENSKI, 137), implicînd „atît legăturile verbale, asociaţiile, legăturile condiţionate din primul sistem de semnalizare, cît şi legăturile condiţionat necondiţionate, sub forma diferitelor modificări vegetative care caracterizează manifestarea exterioară a unui asemenea punct patologic".

Generalizînd acest concept fiziopatologic la fiziologie, A. KREINDLER (154) descrie la omul normal, sub denumirea de *structură dinamică fiziologică*, o unitate morfofiziologică cu reprezentări în cele trei instanţe, formată ca atare dintr-un reflex necondiţionat, precum şi din reflexele condiţionate ale primului şi celui de-al doilea sistem de semnalizare legate de acest reflex necondiţionat. Aşadar, acţiunea unui excitant specific oricăruia dintre aceste nivele va determina reacţia structurii dinamice în totalitate, modificînd activitatea ei în domeniul afectat respectivei structuri (alimentar, de apărare, de orientare, sexuală, social-profesională „mai complexă, dar avîndu-şi reprezentanţi în toate trei instanţele". Devine astfel explicabilă intensitatea şi profunzimea acţiunii cuvîntului, atît ca factor psihogen, cît şi ca factor curativ.

Referirea la cuvînt ca instrument al psihoterapiei şi terapiei educaţionale nu are în vedere izolarea sa de context. Cuvîntul nu acţionează izolat, ci în situaţii semiotice de o complexitate variabilă, încadrat într-un mesaj care poate atribui sensului semnificaţii diferenţiate. Funcţia curativă a cuvîntului se manifestă în fapt ca funcţie a mesajului cu valenţe de comunicare nu numai efective, ci şi afective. Dacă, abordat ca stimul, cuvîntul a putut fi înfăţişat ca o structură dinamică fiziologică, integrat în context el participă ca o structură dinamică psihologică conectată cu fiecare funcţie psihică şi cu personalitatea subiectului în totalitate.

Variatelor funcţii pe care le exercită le datorează mesajul verbal funcţia sa terapeutică. *Funcţia de comunicare* îi îngăduie să transmită informaţia şi să pună astfel bazele dialogului; *funcţia cognitivă* îl transformă într-un instrument de apreciere, prelucrare şi sistematizare a informaţiei transmise; *funcţia de reglare* (deosebit de preţioasă pentru psihoterapeut) acţionează asupra comportamentului în

Scanned with OKEN Scanner

sensul organizării, sistematizării și integrării diferitelor procese psihice; *funcția expresivă* — oferă participanților la dialog posibilitatea de a conferi mesajului caracteristicile trăirii afective, după cum *funcția sa persuasivă* se manifestă ca acțiune asupra voinței interlocutorului, ca forță de sugestie de la simpla influență educativă și pînă la sugestia hipnotică (V. MARE, 184). Nu i se poate, de asemenea, ignora cuvîntului o *funcție de comprehensiune simpatetică*, condiționînd capacitatea intercomunicării de a media o comuniune de vederi și sentimente cu partenerul, de a realiza o participare afectivă și un consens reciproc și îndeosebi o *funcție de construcție și creație* implicînd posibilitatea de a „construi" abordînd realitatea din cele mai variate unghiuri de vedere: artistic, științific, al relațiilor sociale, a trecutului, prezentului și viitorului.

Cuvîntul funcționează atît ca instrument al acțiunii stimulative a terapeutului, cît și ca modalitate de expresie a pacientului, care-l poate utiliza în scopuri variate: pentru a accepta sau a respinge dialogul, pentru a „masca" sau a proiecta conflictul psihogen, pentru „atac și apărare", pentru a fixa și valorifica mesajul educațional-terapeutic. La nivelul comunicării se pot evidenția deficite corespunzătoare fiecăreia dintre funcțiile mesajului verbal; reciproc, fiecare funcție participă la realizarea efectului restitutiv.

c) *Baza socială a actului educațional terapeutic.* — Dacă esența persoanei este ansamblul relațiilor sale sociale, orice destructurare sau tulburare în funcționalitatea acestei rețele de interdependențe afectează funcționalitatea sistemului în totalitate. Or, definind boala ca „viață a cărei libertate a fost restrînsă", MARX evidențiază semnificația socială a situației patologice: diminuarea practicii sociale, a impactului creator al subiectului cu societatea, în condițiile unui anumit nivel de competență, al unui anumit statut și rol.

În mod obișnuit, agresiunea patologică îl surprinde pe om în procesul muncii desfășurînd o activitate creatoare care-l valorizează sub aspect social și îi conferă astfel echilibrul afectiv generat de sentimentul îndeplinirii normelor etice și sociale (P. APOSTOL, 11).

Stressul întrerupe această activitate, o blochează pe o anumită perioadă de timp, anulează participarea bolnavului la creația colectivă, suspendă unele relații sociale cu semnificații afective pozitive și îl silește să-și pună problema menținerii statutului și rolului său în societate.

În spiritul antropologiei marxiste, agresiunea patologică, proces biologic obiectiv îndreptat împotriva ființei naturale a omului se manifestă și ca agresiune împotriva ființei sale sociale sau, mai precis, împotriva funcției sale praxice, conștient creatoare, împotriva funcției sale „demiurgice" (C. GULIAN, 120).

Scanned with OKEN Scanner

Or, această funcţie, definitorie pentru om face din specia homo sapiens singura specie care îşi creează şi modelează în mod conştient mediul de viaţă.

Dar această funcţie care l-a făcut pe om n-a putut rămîne exterioară destinului său individual. Dimpotrivă, ea l-a modelat pînă în cele mai intime resorturi ale personalităţii, relaţia creatoare cu obiectul, manifestarea sa ca subiect faţă de obiecte, ca demiurg în lumina exterioară a obiectelor fiind substanţial proiectată în formele obiective şi subiective ale existenţei sale. „Omul — scrie K. MARX (188) îşi apropriază (îşi însuşeşte) esenţa sa umană într-un mod omnilateral, deci ca om total. Fiecare dintre relaţiile sale *umane* cu lumea — văzul, auzul, mirosul, gustul, pipăitul, gîndirea, contemplarea, simţirea, voinţa, activitatea, iubirea, pe scurt toate articulaţiile individualităţii sale, ca şi cele care, prin forma lor, sînt nemijlocit sociale, realizează în relaţia lor *obiectuală* — sau în *relaţia lor cu obiectul* — apropierea acestuia, apropierea realităţii umane. Relaţia lor cu obiectul este *manifestarea realităţii umane: eficienţă* umană şi *suferinţă* umană, căci în accepţia ei umană suferinţa este unul din modurile prin care îşi percepe „eul". De aceea realitatea umană este tot atît de variată pe cît de variate sînt determinările esenţei umane şi *activităţile* umane".

Intricarea funcţiei demiurgice în structura esenţială a fiinţei umane este evidenţiată în mod deosebit de pregnant în *Caiete filozofice*. „Conceptul (=omul), ca subiectiv — scrie V. I. LENIN (168) presupune din nou un altul care există în sine (natura independentă de om). Acest concept (=omul) este tendinţa de a se realiza pe sine, de a-şi da prin sine însuşi obiectivitate în lumea obiectivă şi de a se realiza (de a se împlini) pe sine." „Dar . . . activitatea scopului nu este îndreptată spre el însuşi . . . *ci spre realizarea lui sub forma unei realităţi exterioare prin* intermediul nimicirii unor laturi, trăsături, fenomene anumite ale lumii *exterioare*". „Binele" este „o cerinţă a realităţii exterioare", adică prin „bine" se înţelege *practica* omului = cerinţă (1) şi a realităţii *exterioare* (2). Obiectele exterioare reprezintă în fapt forţele „materializate" ale omului — *Wesen Kräfte des Menschen* (MARX).

Un individ, un copil nu „stă" pur şi simplu în faţa lumii de obiecte umane; pentru a trăi, el trebuie să şi-o apropie (Aneignung), să şi-o însuşească printr-o activitate intensă şi adecvată, prin relaţii incluse în procesul comunicării interumane (A. N. LEONTIEV, 170). Conceptul de praxis devine astfel o categorie centrală a filozofiei marxiste, cuprinzînd toate aspectele şi modalităţile care impulsionează creaţia (G. I. GULIAN, 120).

Scanned with OKEN Scanner

Raportată la problema care ne preocupă, funcţia demiurgică, modalitate de expresie creatoare a esenţei sociale a omului, ne apare într-o strînsă interrelaţie cu mecanismele homeostazice fundamentale, practica umană reprezentînd în fapt o formă de reactivitate la stimulii ambianţei, aflată pe cea mai înaltă treaptă a complexităţii ei. Dacă această funcţie va prezenta oscilaţii sau tulburări, ele vor fi înregistrate la nivelul homeostaziei neuropsihice. Dacă, aşa cum arată MARX, eficienţa umană şi suferinţa umană reprezintă manifestări ale realităţii umane, este plauzibil ca *suferinţa umană* (implicată în boală) să fie generată de conştiinţa propriei *ineficienţe umane*, de *perceperea eului* în ipostaza de deficit al activităţii creatoare.

Tot astfel, dacă tendinţa de a se realiza pe sine în lumea obiectivă — ca activitate îndreptată asupra realităţii exterioare — şi conceptul de om sînt identice, orice hiatus în procesul de manifestare a acestei tendinţe creatoare va fi resimţit ca o *suferinţă umană* a persoanei în totalitate, care va intensifica suferinţa generată de boală.

În acest context trebuinţa de activitate reflectă în fapt trebuinţa de revalorizare prin redobîndirea utilităţii sociale şi restabilirea circuitelor homeostazice normale. Valoarea terapeutică a actului educaţional constă tocmai în capacitatea acestui act de a propune pacientului diferite forme de activitate, de a-l instrui şi a-l antrena sistematic în vederea reluării activităţii creatoare independente.

În acest scop, bolnavul trebuie adeseori reinstruit, supus unui proces de restructurare a deprinderilor, de reorientare a convingerilor sale în ceea ce priveşte propriile posibilităţi de muncă şi creaţie, obligaţiile faţă de societate, poziţia sa în sistemul relaţiilor sociale. Reîntoarcerea sa la activitate trebuie controlată în raport cu un gradient al complexităţii actelor care să echilibreze dorinţele şi posibilităţile şi coroborată cu armătura afectivă a argumentaţiei etice. Realizarea nivelului de aspiraţie trebuie racordată situaţiei concrete, impusă de contextul nozologic şi de eficienta funcţională remanentă la un anumit bolnav. Principiile şi metodele didactice, experienţa şi optica educatorului, adaptate în mod creator acestor situaţii speciale şi materializate în actul educaţional terapeutic, se dovedesc deosebit de adecvate sarcinilor de „protecţie, activizare (antrenament), şi de corectare“ (V. N. MIASIŞCEV, 194) pe care şi le asumă psihoterapia.

În acest context, funcţia praxică (demiurgică) a persoanei resimţită de aceasta ca trebuinţă obiectivă şi subiectivă de praxis (ca modalitate majoră de obiectivare a interrelaţiilor sale cu realitatea

Scanned with OKEN Scanner

exterioară și de apropriere a realității exterioare) și tendința compensării deficitului acestei funcții în situații de criză reprezintă *baza socială* a actului educațional terapeutic.

3.3. Funcția de echilibrare a educației

Reactivitatea (ca bază biologică), comunicarea (ca bază psihologică) și funcția praxică (ca bază socială) a actului educațional terapeutic — mediază o funcție mai cuprinzătoare a acestui act care explică eficiența sa restitutivă: funcția de echilibrare.

Într-adevăr, dacă ținem seama de faptul că, în ultima analiză, *bolile* reprezintă, fără deosebire de nozologie, *o stare de dezechilibru* a organismului, *actele terapeutice* și *vindecarea, o restituție a echilibrului* diferitelor sisteme interne sau de relație între individ și ambianță, funcția terapeutică a actului educațional n-ar putea ființa în lipsa funcției de echilibrare.

În accepția sa cea mai largă, funcția terapeutică a actului educațional se definește ca funcție de echilibrare a acestui act.

Dar, o astfel de funcție n-ar dispune de cîmp de manifestare la nivelul unui act particular al educației, dacă ea n-ar fi proprie educației înseși.

O cerință fundamentală a oricărei acțiuni educaționale constă în realizarea unei personalități multilateral și armonios dezvoltate. De la anticul ideal al kalokagatiei și pînă la programele educaționale ale epocii noastre, echilibrul, măsura, au constituit un deziderat permanent al educatorilor, apărînd ca un concept calitativ de referință menit a păstra o proporționalitate între diferite laturi ale procesului instructiv-educativ. Clasicii educației au sesizat caracterul de sistem al personalității, precum și necesitatea echilibrului pentru menținerea relațiilor cu ambianța.

Discutarea funcției de echilibrare a educației se referă în mod necesar la conceptul de *homeostazie*, ca finalitate a comportamentului. Într-adevăr actele comportamentale adecvate sînt subordonate prin origine și finalitate tendinței de a păstra; corecta și restabili echilibrul dinamic în interacțiunea dintre echilibrul intern (al organismului) și cel extern (între organism și ambianță). Se are astfel în vedere organizarea ierarhică a comportamentului, existența unor nivele diferite de intervenție a mecanismelor homeostazice, elaborarea unor tipuri noi de răspunsuri corectoare, interacțiunea lor, relativa lor autonomie, integrarea lor în sistemul cu rază mai mare de acțiune, evoluția lor către răspunsuri anticipative, elabo-

Scanned with OKEN Scanner

rarea şi fixarea unor noi acte comportamentale prin care animalul sau omul operează direct asupra ambianţei.

Însemnătatea fundamentală a echilibrării îşi află o recunoaştere semnificativă în concepţia lui I. P. PAVLOV. Numeroasele solicitări din ambianţă, variate ca semnificaţie şi intensitate impun organismului un dialog constant, care nu poate fi eludat decît cu riscul desfiinţării sale ca sistem funcţional unitar. Menţinerea integrităţii structurale şi funcţionale este direct proporţională cu echilibrul permanent cu ambianţa, obiectivat în caracterul adecvat al răspunsului la diferiţi stimuli. În accepţia sa pavloviană echilibrul, condiţie a salvgardării unităţii organismului este implicat tuturor nivelelor reacţionale: ca menţinere a unităţii elementelor componente ale organismului complex, ca unitate a vieţii vegetative cu viaţa de relaţie, ca unitate a activităţii psihice cu activitatea somatică (218). Excitantul condiţionat este considerat „ca un mecanism perfect de adaptare servind la stabilirea unei stări de echilibru între organism şi natura înconjurătoare (I. P. PAVLOV, 218). Reţeaua densă de interdependenţe între sistem şi ambianţă realizează „echilibrarea mobilă, curgătoare, variabilă a organismului cu lumea înconjurătoare". PAVLOV consideră că întreaga viaţă, de la organismele cele mai simple la cele mai complexe cuprinzînd bineînţeles şi pe om" ca pe „un lung şir de echilibrări cu mediul exterior, echilibrări ce se complică în gradul cel mai înalt". „Va veni vremea, fie ea chiar îndepărtată — cînd analiza matematică bazată, pe cea biologică, va îmbrăţişa în formulele măreţe ale ecuaţiilor toate aceste echilibrări, cuprinzîndu-se în cele din urmă şi pe sine (I. P. PAVLOV citat de V. SĂHLEANU (252).

În viziunea lui PAVLOV (218), omul reprezintă un sistem ca şi orice alt sistem supus legilor „inevitabile şi unitare" ale naturii, dar deosebit de toate celelalte sisteme „prin capacitatea desăvîrşită de autoreglare", sistem „prin excelenţă dotat cu capacităţile de autoreglare, de autosusţinere, de restabilire, de reparare şi chiar de perfecţionare". Concluzia principală a studierii activităţii nervoase superioare prin metoda reflexului condiţionat este „plasticitatea excepţională a acestei activităţi şi posibilităţile ei uriaşe: nimic nu rămîne imobil, nemaleabil, totul poate fi realizat, totul poate fi modificat în bine sub rezerva creării condiţiilor corespunzătoare".

Conceptul de homeostazie poate fi extins şi la activitatea neuropsihică? La aceeaşi întrebare COFER şi APPLEY (59) dau un răspuns afirmativ. Într-adevăr, concepţia după care persoana reprezintă o structură psihofiziologică integrată interzice considerarea tulburărilor homeostazice prin prisma unui organicism exclusivist. Astfel de tulburări antrenează şi efecte psihologice fie ca efecte nemijlo-

Scanned with OKEN Scanner

cite ale disfuncției organice, fie ca trăire conștientă a tulburării echilibrului și ca atitudine față de „restructurarea" patologică.

În mod reciproc, activitatea zilnică poate contribui în anumite condiții la reglarea homeostaziei acționînd ca factor de reglare (prin intervenția mecanismelor de excitație-inhibiție ale comportamentului, a voinței, a capacității de organizare, de producție, a motivației etc.).

În același sens, COFER și APPLEY (59) consideră ca funcții ale homeostaziei neuropsihice apărarea homeostaziei fiziologice cu ajutorul unor procese superioare, cum ar fi gîndirea și menținerea constanței stărilor subiective sau sistemelor de deprinderi. Numeroase acte învățate participă la restabilirea echilibrului homeostazic, dînd naștere unor reacții de prevenire a tulburărilor declanșate de semnalele condițiilor perturbatoare.

Generalitatea funcției de echilibrare la toate nivelele de organizare ale sistemelor cu finalitate (dotate cu adaptabilitate) și, îndeosebi, particularitatea echilibrului la nivelul sistemului activ istoric (reprezentat de om) de a putea fi influențat în cadrul unui program elaborat cu claritate, impun acest concept ca termen de referință prin excelență pentru definirea unor analogii între diferitele modalități de acțiune asupra sistemului însuși.

Într-adevăr, toate evenimentele care se adaugă succesiv istoriei sistemului determinînd sau influențînd numai formarea, dezvoltarea, structurarea, adaptările succesive (obstacolele, accidentele, tulburările ritmurilor funcționale, ca variații în „hipo" și „hiper" sau devieri în „para"), destructurările ca și realizarea programelor implicite, interne (legate de determinism) și a celor explicite, externe (printre care se numără și programele educaționale) se găsesc într-o relație necesară, permanentă cu funcția de echilibrare. Modalitățile de acțiune utilizate în scopul realizării diferitelor programe se vor adresa de asemenea acestei funcții, a cărei exprimare plenară este implicată în realizarea „contravarianței" (J. SAUVAN, 250), adică a stabilității minime necesare unei acțiuni eficiente. Deosebite structural ca perspectivă, metode și finalitate proprie, cele mai diferite modalități de acțiune asupra omului au totuși o finalitate primară: realizarea echilibrului dinamic al sistemului (a adaptabilității) care să permită trecerea în stări calitativ deosebite prin echilibrări succesive fără ca existența sistemului să fie periclitată. În fapt intervenția educațională, ca și cea terapeutică urmăresc în egală măsură realizarea echilibrului psihofizic la obiectul acțiunii lor ca pe un criteriu fundamental al reușitei acestei acțiuni.

Dacă ne-am plasa într-un imaginar punct „zero absolut" al educației (imaginar, deoarece în nici un moment al devenirii umane

Scanned with OKEN Scanner

existența unui astfel de „punct zero" nu poate fi inferată) vom constata că, încă din primele clipe ale relației educaționale, echilibrarea va reprezenta un obiectiv important al demersului educațional.

Astfel, adultul acționează asupra motivațiilor primare ale noului născut, influențînd relația „trebuință de hrană — tendință de a o satisface", prin încadrarea ei într-un anume regim alimentar, controlînd dinamica echilibrării prin intermediul condiționării. La fel se procedează cu micțiunile, cu bioritmurile (relația somn-veghe). Funcția de echilibrare a educației racordează astfel comportamentele la necesitățile mediului social; modalitățile reacționale sînt organizate în sensul respectării anumitor norme cu privire la hrană, odihnă, igienă.

Structurarea treptată a mobilității și ca atare lărgirea cîmpului de acțiune al copilului, recunoașterea afectivă a celor apropiați (complexul de înviorare), cucerirea verticalității, mersul, jocul, vorbirea, învățarea și formarea unor comportamente sociale, constituirea și aplicarea unui cod etic, primii pași în educația școlară, însușirea tehnicilor de scris, citit, calcul, în fapt fiecare moment al procesului educației reprezintă și un moment al echilibrării individului cu ambianța și cu el însuși, precedat de atingerea unui anumit nivel care nu mai satisface criteriile psihosociale de eficiență admise pentru vîrsta respectivă, anticipînd un nivel ulterior care solicită restructurarea acestor relații pe o treaptă superioară. Stagnarea în educație, rămînerea în urmă față de nivelul de eficiență corespunzător unei anumite etape de vîrstă generează diferite forme de dezechilibru; la fel nerespectarea particularităților de vîrstă și depășirea psihofiziologică pot avea aceleași efecte. Considerăm motivată aserțiunea că deficitele înregistrate sub aspect instructiv-educativ, cu ecouri în dezvoltarea copilului, se manifestă și ca dezechilibrări de diferite intensități.

Într-adevăr, de la demersul organizării mișcării degetelor pentru a constitui pattern-urile motorii necesare procesului desenării sau al scrierii și pînă la organizarea structurilor comportamentale solicitate de existența socială în cea mai înaltă formă a ei, de la însușirea unor tehnici profesionale și pînă la formarea unei concepții asupra lumii, procesul educațional constituie sisteme de echilibrări și reechilibrări succesive. În fiecare etapă a „Bildungsromanului" umanității, educatorul se străduiește să formeze și să dezvolte la cei educați sistemele funcționale care le vor îngădui acestora echilibrarea dinamică permanentă a relațiilor lor cu societatea și cu sine însuși.

Scanned with OKEN Scanner

Evidenţiind funcţia de echilibrare exercitată de actul educaţional, nu urmărim nicidecum reducţia educaţiei la această funcţie. Complexitatea procesului educaţiei, multitudinea direcţiilor sale de acţiune, dinamica nuanţată a devenirii umane sub influenţa demersului educaţional nu ne autorizează să absolutizăm un anume factor, iar caracterul eminamente social al educaţiei previne asupra oricărei încercări de a transfera modele fizice în contextul dinamicii sociale. Ignorarea rolului primordial al mişcării, transformarea echilibrului în suprema finalitate a acţiunii umane generează pericolul unei viziuni mecaniciste şi metafizice. În ceea ce ne priveşte, departe de a fi considerat echilibrul ca supremul ţel al educaţiei, noi am semnalat numai calitatea educaţiei de a realiza prin intermediul formării şi dezvoltării, al informării şi formării, al metodelor şi procedeelor sale specifice echilibrarea dinamică a individului cu mediul social, nu ca scop în sine, ci ca o condiţie a realizării scopurilor educaţionale.

Consemnînd acest aspect, noi nu ne arogăm în nici un fel meritul originalităţii. Însemnătatea echilibrului în plămădirea personalităţii nu putea fi şi dealtminteri nici nu a fost vreodată ignorată de psihologii educaţiei. Mai mult, observă JEAN PIAGET (221), aproape toate şcolile psihologice fac apel la această noţiune şi-i acordă un rol în explicarea conduitelor. Aşa procedează JANET în teoria reglărilor afective, FREUD, CLAPARÈDE. Gestaltiştii o extind la interpretarea structurilor afective, iar LEWIN o aplică în cadrul studiilor de psihologie socială prin utilizarea teoriei grafelor. Teoriile privind stabilizarea conduitelor în învăţare şi condiţionare fac de asemenea apel la conceptul de echilibru.

Dealtfel, consemnînd cvasiunanimitatea orientării explicaţiei psihologice spre teoria echilibrului, J. PIAGET (222, 222 b, 223) nu face excepţie de la regulă.

Întemeiat pe concluzia că orice conduită tinde să asigure un echilibru între factorii interni şi externi, PIAGET consideră echilibrul *ca pe al patrulea factor al dezvoltării ce se adaugă celor trei „clasici": ereditatea, mediul fizic, mediul social* (subl. ns.). Conduitele nu pot fi concepute ca datorîndu-se unei maturităţi fizice fără elemente de exerciţiu, nici ca acţiune a mediului extern negrefată pe mediul intern şi nici ca genotip care să nu se obiectiveze într-o multitudine de fenotipuri.

Această concepţie apare şi în teoria piagetiană a dezvoltării mintale, proces care, în viziunea autorului, implică patru factori:

1. *Creşterea organică şi îndeosebi maturizarea complexului format din sistemul nervos şi sistemele endocrine*, care joacă un rol în tot cursul creşterii mintale. Un anumit număr de conduite depind

Scanned with OKEN Scanner

mai mult sau mai puțin direct de începutul funcționării anumitor aparate sau circuite (coordonarea vederii și apucării etc.) ce deschide posibilități noi de conduită. Acțiunea acestui factor trebuie dublată prin exercițiu funcțional și un minimum de experiență; el joacă un rol indispensabil în ordinea invariantă a succesiunii stadiilor.

2. *Exercițiul și experiența, dobîndite în acțiunea efectuată asupra obiectelor în opoziție cu experiența socială.*

3. *Interacțiunile și transmisiile sociale, cu observația că individul oferă socializării atît cît primește.*

4. *Echilibrul.* Cei trei factori disparați nu dau naștere unei evoluții dirijate într-un plan prestabilit. Totuși, un mecanism intern este sesizabil cu prilejul fiecărei construcții parțiale și trecerii de la un stadiu la altul: este tocmai procesul de echilibru, nu în sensul unei simple balanțe, ca în mecanică sau în creșterea entropică din termodinamică, ci în sensul (cibernetic) al autoreglării, al unei succesiuni de compensări active ale subiectului ca răspuns la perturbațiile exterioare și în sensul unui reglaj, în același timp retroactiv (sisteme cu bucle sau feed-backuri) și anticipativ, constituind un sistem activ de asemenea compensări. Întregul proces de formare a personalității este dominat de căutarea unei anumite coerențe și a unei organizări a valorilor, cu crize și restabiliri de echilibru. Sentimentele morale prezintă un echilibru normativ învecinat cu structurile operatorii. Echilibrarea este necesară pentru a îmbina contribuțiile maturizării, ale experienței cu obiecte și ale experienței sociale (J. PIAGET, BÄRBEL INHELDER, 223).

Înțelegerea dezvoltării psihicului în relație cu procesul de echilibrare a contribuit, desigur, la considerarea acestui proces ca funcție a educației. Fiziologi, psihologi, dar și pedagogi au acordat această calitate demersului educațional.

Încă de la începutul secolului nostru, M. C. SCHUYTEN (258), psiholog și pedolog cunoscut îndeosebi pentru cercetările sale asupra oboselii la elevi, afirma că scopul educației generale a copiilor este acela de a asana și echilibra toate funcțiile. Copilul ar prezenta la naștere o perfectă simetrie funcțională pe care însă ulterior ar pierde-o, astfel că, în momentul întîlnirii cu educatorii, cea mai mare parte a funcțiilor ar fi asimetrice. Sarcina cea mai importantă a psihologilor, scopul însuși al psihologiei copilului ar fi tocmai determinarea cantitativă și calitativă a acestei asimetrii funcționale, iar sarcina educatorilor ar fi aceea de a reface simetria pierdută, într-un asemenea mod, încît să nu se amputeze originalitatea posibilă.

Scanned with OKEN Scanner

Caracterul arbitrar al argumentării nu necesită un comentariu special, ipoteza simetriei pierdute şi regăsite, ca şi reducţia psihologiei copilului şi a educaţiei sale la descoperirea şi refacerea aceleiaşi simetrii, nu rezistă examenului critic. Relevarea funcţiei de echilibrare, ca funcţie a educaţiei, poate fi însă considerată în sine ca o intuiţie justă.

În acelaşi context, E. CLAPARÈDE (57) consideră că rolul educaţiei ar fi acela de a forma conduita protectoare a echilibrului prin armonizarea trebuinţelor cu posibilităţile de a le satisface.

Concluziile pedagogice ale teoriei pavloviene conduc într-o direcţie similară. „Educaţia noastră, disciplinarea de orice fel, diversele noastre deprinderi, reprezintă evident şiruri lungi de reflexe condiţionate — scrie I. P. PAVLOV (217). Toată lumea ştie cum excitaţiile neaşteptate inhibă şi tulbură o activitate obişnuită, bine fixată şi felul în care modificarea ordinii stabilite ne încurcă şi ne îngreuiază munca". Această aserţiune nu pare a fi reprezentat o opinie întîmplătoare, ci o consecinţă logică a raţionamentului experimental deoarece o regăsim şi în alte formulări. „Oare dezvoltarea noastră nu constă tocmai în faptul că, sub acţiunea educaţiei, a cerinţelor religioase, sociale, publice şi de stat, noi ne înfrînăm treptat ceea ce nu ni se permite sau ne este interzis de factorii citaţi?" (217). Într-adevăr, realizarea unui echilibru între excitaţie, implicînd diferitele forme de reacţie pe care excitantul le declanşează şi inhibiţie ca formă de control a reacţiei în raport cu feluritele sisteme de referinţă ce au curs în societatea respectivă, educarea „frînelor" reprezintă un obiectiv de fond al oricărei tehnici educaţionale.

Aserţiunea pare a fi şi în consensul unor pedagogi. Astfel, I. A. ARIAMOV (16) considera că „procesul de educaţie a copiilor constă în mare măsură din dezvoltarea inhibiţiei, înfrînării, a priceperii de a se stăpîni. De la comportarea copilului mic, caracterizată prin predominarea proceselor de excitaţie, spontaneitate, impulsivitate se ajunge prin educaţie la dezvoltarea proceselor de inhibiţie şi, în condiţii normale, se stabileşte treptat un echilibru între procesele de excitaţie şi cele de inhibiţie".

Abordarea educaţiei de pe poziţiile fiziologiei pavloviene nu are, firesţe, un caracter reductiv. Afirmaţia că procesul educaţiei reprezintă mult mai mult decît o fixare de reflexe condiţionate nu necesită astăzi o demonstraţie specială. Extensia nu procedează însă prin ignorarea sau eliminarea unor elemente structurale, ci prin integrarea lor în ansamblul structurii. Reprezentînd mai mult decît o echilibrare, educaţia reprezintă însă şi o echilibrare a balanţei excitaţie-inhibiţie, baza fiziologică a dezvoltării comportamentului. Este

Scanned with OKEN Scanner

firesc, aşadar, că tocmai în reglarea şi controlul acestei relaţii dinamice şi-au găsit educatorii terapeuţi una din direcţiile acţiunii lor.

Pentru H. LABORIT (157) educaţia nu are alt scop decît să îmbogăţească propria noastră condiţionare reflexă. Autorul aduce în sprijinul afirmaţiei sale exemplul pianistului care începe prin a-şi învăţa meseria, îmbogăţindu-şi astfel condiţionarea reflexă. Ulterior, pe această bază, se va putea consacra şlefuirii sonorităţii, căutării expresiei personale, realizării propriei sensibilităţi. Este de fapt drumul firesc în învăţarea tehnicii oricărei meserii.

Realizarea unei dezvoltări de tipul cel mai înalt implică parcurgerea etapei de echilibrare primară în cadrul căreia reacţiile sînt organizate, dominate de voinţă, orientate spre un scop şi structurate în comportamente tehnico-profesionale sau sociale.

Pentru mulţi pedagogi, funcţia de echilibrare a educaţiei se exprimă în realizarea adaptării individului la „Umwelt-ul" său. Încă *Rousseau* era încredinţat că nu este destul să conservăm copilul, ci trebuie să-l învăţăm să se conserve ca om, să suporte loviturile soartei, să braveze bogăţia şi sărăcia, să înveţe să trăiască, dacă împrejurările i-o vor cere, în gheţurile Islandei sau pe arzătoarea stîncă a Maltei. Este schiţată aci o întreagă pedagogie, avînd ca obiectiv adaptarea omului la diferitele situaţii ale existenţei. Rousseau cere educaţiei „nu să-l împiedice pe copil să moară, ci să-l pregătească pentru a trăi prin el însuşi". Iar a trăi nu înseamnă exclusiv a respira, ci a acţiona, a-şi utiliza organele, simţurile, facultăţile, tot ce, în noi înşine, ne dă sentimentul existenţei noastre (J. J. ROUSSEAU, 245).

Educaţia bine făcută are într-adevăr puterea de a-l adapta pe individ mediului în care trăieşte. De asemenea, ea îl înzestrează cu capacitatea de a se readapta reacţionînd prompt la transformările societăţii. Una din trăsăturile definitorii ale marilor personalităţi, rod al educaţiei sau autoeducaţiei, s-a manifestat de totdeauna în acea facultate de adaptare de tip superior care implică rapiditatea şi flexibilitatea gîndirii, spiritul critic, promptitudinea deciziei, perseverenţa. Asemenea schimbări pot să apară în contextul dinamicii sociale, dar şi ca situaţii personale: consecinţele unor traume fizice sau afective, pierderea integrităţii corporale etc.

Capacitatea educaţiei de a realiza adaptarea individului la realitate, echilibrarea acestuia cu ambianţa, a apărut unor pedagogi ca esenţială.

Astfel, definiţia lui J. ARDOINO (14) postulează educaţia ca pe o „acţiune exercitată într-un context social de reprezentanţii autorizaţi ai acelei societăţi, în vederea adaptării optime a indivizilor, în acelaşi timp subiecţi şi obiecte ale unei asemenea acţiuni, la acea

Scanned with OKEN Scanner

societate sau la schimbările sociale ce decurg din propria sa evoluție. Această adaptare interesează în aceeași măsură teoria și principiile, ca și praxisul, lumea valorilor ca și cea a acțiunii cotidiene; ea trebuie să-i îngăduie individului a-și asuma efectiv locul (statutul, rolul, funcția) în acea societate prin care se realizează.

Depozițiile în acest sens ar putea continua. Socotim însă că cele solicitate pînă aci sînt îndestulătoare pentru a demonstra corespondența punctelor de vedere, acordul semnificativ al unor fiziologi, psihologi și pedagogi privind relevarea funcției de echilibrare a educației. În accepția noastră educația implică, de asemenea, în chiar contextul dezvoltării, „montajul" și menținerea în echilibru dinamic a unui lanț de „homeostazii" psihofiziologice, psihologice și sociale. Dacă în sensul originar al termenului, prin homeostazie se desemnează menținerea la valoarea lor normală a diferitelor constante fiziologice ale mediului intern, ni se pare justificată extrapolarea noțiunii și la „constantele" implicate în relațiile individului cu mediul social și cu propria sa subiectivitate, ca reflectare a mediului intern și extern, în limitele unui „sistem dinamic, deschis și activ-istoric" (J. SAUVAN, 250).

Dacă în accepția sa generală atribuirea unei funcții de echilibrare demersului educativ pare a fi motivată, rămîne deschisă problema factorilor prin care se realizează efectiv echilibrarea în contextul procesului de educare și instruire.

După opinia noastră aceștí factori (sau cel puțin cei mai importanți dintre ei) par a fi următorii: 1) relația educațională (între educator și educat); 2) orientarea spre scop a oricărui proces educațional autentic; 3) învățarea ca proces informațional și formațional; 4) regimul ca modalitate fundamentală de organizare a activității educaționale.

1) *Relația educațională ca factor de echilibrare.* Considerăm relația interpersonală educator-educat ca factor primordial al oricărui act educațional, principiul activ educogen esențial în dinamica acestui act. Prezența creatoare a educatorului în viața copilului, similară punctului de sprijin cerut de gînditorul antic pentru a răsturna pămîntul, reprezintă sistemul de referință originar al constituirii, dezvoltării și perfecționării comportamentului încă din primele clipe ale istoriei individului.

În acest sens, acțiunea adultului educator ca factor de echilibrare se exercită, în contextul relației educator-educat, pe mai multe direcții.

a) *Ca agent și sursă a satisfacerii necesităților primare* (hrană, odihnă, curățenie) care răspunde solicitărilor copilului și reface echi-

Scanned with OKEN Scanner

librul tulburat în condiţiile unei organizări sistematice a relaţiei dintre trebuinţă şi satisfacere, în acord cu obiectivele educaţiei.

b) *Ca interlocutor permanent în procesul de comunicare*, participant la dialogul neîntrerupt al copilului cu ambianţa, ca factor dinamic al acestui dialog prin care copilul atinge succesiv diferitele stadii ale dezvoltării sale.

c) *Ca instanţă de evaluare a comportamentului şi de sancţiune premială sau punitivă* a manifestărilor comportamentale, exercitînd astfel un rol esenţial în fundamentarea echilibrului dintre procesele de excitaţie şi cele de inhibiţie, în elaborarea „frînelor" (a inhibiţiei condiţionate), în dezvoltarea spiritului critic, în orientarea încercărilor şi erorilor spre pattern-urile comportamentale adecvate existenţei sociale.

d) *Ca model al comportamentului infantil* pe care copilul îl imită şi în care se reflectă, construindu-se pe sine însuşi.

e) *Ca factor de instruire în deprinderea tehnicilor esenţiale ale umanizării* (echilibrul ortostaţionar, mişcarea cu finalitate logică, mersul vertical, limbajul) prin stimularea încercărilor şi semnalarea erorilor, participînd nemijlocit la modelarea bazelor comportamentului şi elaborînd în acest scop, adeseori spontan, programe şi procese necesare formării stereotipelor, dinamica de vorbire şi mişcare.

Ulterior, cînd individul păşeşte pe diferite trepte ale învăţămîntului, intrînd astfel în sfera de acţiune a educatorului profesionist, acesta preia funcţia de echilibrare implicată în actul instruirii. În acest context, educatorul acţionează ca factor de echilibrare îndeosebi sub două aspecte: ca factor situaţional de „programare" a elevului cu sistemele de cunoştinţe, priceperi şi deprinderi necesare realizării unei integrări satisfăcătoare la nivelul parametrilor corespunzători vîrstei sale şi exigenţelor sociale şi ca model, deoarece clarifică şi structurează concepţia despre lume a celui educat.

f) *Ca sursă primară şi ca făuritor al sentimentului de securitate afectivă*, factor fundamental în dezvoltarea echilibrată a personalităţii.

Relaţia educaţională îşi exercită, aşadar, funcţia de echilibrare în cadrul şi prin intermediul unei situaţii educaţionale. Modalităţile acestei relaţii condiţionează intensitatea efectului educogen şi imprimă transferului educaţional o anumită formă caracteristică.

Unii teoreticieni consideră relaţia interpersonală, aşa cum se manifestă ea în educaţie, ca fiind expresia unei situaţii existenţiale fundamentale. Astfel S. I. CURTIS (65) afirmă că „a preda şi a învăţa" constituie modelul prin definiţie „al activităţii reciproce în care, în cele din urmă, două persoane sînt angajate; asemenea situa-

Scanned with OKEN Scanner

ție este implicată în textura existenței cotidiene cu diferite modalități de manifestare: a da și a primi, a cumpăra și a vinde, a împrumuta și a înapoia, a întreba și a răspunde. Or, în nici una din aceste variante ale situației interpersonale și, firește, nici în relația educațională, părțile nu pot fi socotite ca exclusiv active sau exclusiv pasive, deoarece fiecare dintre ele poate să fie în unele situații mai activă sau mai pasivă decît cealaltă.

Pedagogul englez ADAMS (3) propune o teorie „bipolară" a relației educator-educat, postulînd caracterul activ al celor doi poli și interacțiunea lor. J. E. ADAMSON (4) consideră această relație ca „tripolară": între cel educat, mediul înconjurător (care-l influențează și pe care îl influențează) și educator (ca element al mediului înconjurător).

g) În acest context se evidențiază ca factor de echilibrare și *interacțiunea între educator și educat, dubla natură, activă și pasivă a fiecăruia dintre cei doi factori,* care acționează ca dispozitiv de control al dinamicii demersului educațional.

Într-adevăr, dacă cel educat apare ca *obiect* prin excelență al acțiunii educatorului *(subiect),* el nu este un obiect pasiv, ci constituie un termen activ al contradicției dialectice interne proprie procesului educațional și care influențează dinamica acestui proces. În acest sens, educatului i se propune de către educator probleme inedite, obligîndu-l să caute soluții, influențîndu-i comportamentul, stimulîndu-i puterea de creație și sporindu-i experiența. Nivelele participării la acțiune ale celor doi factori se controlează în comportamentul și în randamentul participanților. Educatorii prea activi pot obține rezultate la fel de slabe ca și cei prea puțin activi în măsura în care își reduc elevii la situația unor recipiente pasive; elevii lipsiți de probleme, care nu „opun" educatorului îndoielile generate de spiritul lor critic favorizează scăderea nivelului profesional al educatorului. În acest sens, contradicția relației dialectice educator-educat îndeplinește rolul de forță motrice fundamentală a mișcării și dezvoltării în cadrul relației educaționale și, implicit, a procesului educației.

În sfîrșit, acționează ca factor de echilibrare ceea ce s-ar putea numi:

h) *funcția de mediere exercitată de educator în cadrul relației educaționale — între cel ce învață și ceea ce este de învățat.* Într-adevăr, educarea în diferitele sale accepții informaționale și formative este una din situațiile în care individul poate fi ajutat și stimulat, dar nu suplinit. Așa cum un ghid oricît de informat și competent nu poate substitui propria percepție și afectivitate, percepției și afectivității vizitatorului care, orientat de îndrumător, re-

Scanned with OKEN Scanner

ceptează totuşi el însuşi opera de artă, tot astfel, cel mai eficient dintre educatori nu se poate substitui elevului în acţiunea de învăţare care, în ultimă analiză, rămîne un act individual. Fie că este cazul unor lecţii mai bogate sau mai sărace, a unor explicaţii deosebit de limpezi sau foarte obscure, a unor demonstraţii mai mult sau mai puţin convingătoare, fiecare dintre elevii cărora li se adresează le vor recepţiona, exersa şi fixa printr-o activitate care nu va putea fi suplinită de altă persoană.

Prin logica împrejurărilor educatorul îndeplineşte, aşadar, o funcţie de mediator, între cel ce este programat şi program, între elev şi conţinutul educaţiei şi învăţămîntului (cunoştinţe, priceperi şi deprinderi), dar şi între cel educat şi propria sa limitare funcţională. Însă acest rol de mediere este fundamental pentru declanşarea activităţii proprii a celui educat şi pentru menţinerea sa la parametrii necesari salvgardării echilibrului în relaţiile individului cu ambianţa. Fără acest mediator, fără modelele şi metodele, scopurile şi programele pe care el le cunoaşte şi le oferă, fără tehnologia educaţională pe care educatorul o stăpîneşte, în contextul funcţiei sale de „antrenare" şi „arbitraj", dialogul individului cu acţiunea şi cunoaşterea este deosebit de dificil, iar în cazurile excepţionale (copii crescuţi de animale), lipsa acestei relaţii condiţionează eşecul realizării esenţei umane (ca esenţă socială). Individul situat într-o serie de împrejurări în afara relaţiei educaţionale nu-şi poate manifesta natura sa negentropică (H. LABORIT, 157), pierde bătălia cu entropia, cu nedeterminarea, cu dezordinea. Cu alte cuvinte, *omul învaţă el însuşi, dar nu singur,* deoarece, aflat în punctul iniţial al procesului de formare, nu poate lua un contact nemijlocit cu sistemele operaţionale necesare existenţei sale. Achiziţia filogenetică a puiului de om nu este îndestulătoare pentru a-i acorda rapid autonomia funcţională în cadrul „Umweltului" său. Pentru a deveni integral „autocinetic" (M. MALIŢA), omul trebuie ajutat să se condiţioneze.

Din această situaţie decurge funcţia esenţială de echilibrare a relaţiei educaţionale. Pe măsura perfecţionării tehnicilor sale de muncă independentă, elevul îşi asumă din ce în ce mai mult funcţia de autoeducator, implicată în personalitatea ajunsă la plenitudine. Echilibrul în relaţia individ-societate va fi însă tulburat atunci cînd elevul, în loc să fie ajutat să înveţe, este strict direcţionat în actul învăţării, substituindu-se esenţei sale umane active programarea exclusivă din exterior. Elevul „dopat" va învăţa în fapt tot el însuşi, căci aşa cum am arătat mai sus, el nu poate fi înlocuit de educator, în actul învăţării. Nerespectîndu-se în cazul acestui elev participarea conştientă şi activă, el va fi determinat să folosească tehnici costisi-

Scanned with OKEN Scanner

toare şi neproductive, care vor alimenta dezechilibrul cu toate consecinţele intelectuale, afective şi comportamentale aferente, împinse în unele cazuri limită pînă la destructurarea patologică.

2. *Orientarea spre scop a actului educaţional ca factor de echilibrare.* Orientarea spre scop a actului educaţional indică procesului mişcarea sa şi determină direcţia mişcării sale. „În acţiunea educativă nu avem de-a face cu orice proces, ci cu acela care duce la scop, procesul „model" (ST. STOIAN, 279). Ea constituie o axiomă a educaţiei, premisa majoră a oricărei logici pedagogice, liantul prin care se realizează sinteza între diferitele componente ale teoriei şi practicii pedagogice. În acest context orientarea spre scop, finalitatea actului educaţional îndeplineşte şi o funcţie de echilibrare.

Din perspectiva cibernetică, finalitatea este descrisă ca un concept, ce apare în natura modului de acţiune a sistemelor active, care organizează relaţiile cu mediul ambiant, astfel încît să se ajungă la o situaţie relativă sistem — mediu ambiant (J. SAUVAN, 250).

Într-un sistem cu retroreacţie, finalitatea este definită prin valoarea consemnului (J. SAUVAN, 250) şi reprezintă un factor esenţial în structurarea relaţiei sistem-ambianţă şi, firește, a nivelului de echilibrare implicat în menţinerea acestei relaţii la un nivel funcţional optim. J. SAUVAN (250) observă că nu se poate concepe o funcţie oarecare a intelectului care s-ar manifesta în lipsa unei finalităţi, a unui scop mai apropiat sau mai depărtat, mai mult sau mai puţin exprimat.

Demersul educaţional se orientează în raport cu un scop final cu ample semnificaţii sociale şi etice, cu un ideal educativ, definit de P. APOSTOL (12) ca „finalitate a acţiunii educaţionale, funcţie a sistemului global societate (deci nu a celor elementare; adică a acestei anumite acţiuni pedagogice...) şi concepută pe termen lung... model social constînd dintr-un proiect de dezvoltare socială, dintr-un ideal de personalitate, investită cu o structură şi funcţii corespunzătoare spre a deveni subiectul (agentul) dezvoltării proiectate şi dintr-un proiect de formare a acestei personalităţi pe baza folosirii tuturor cunoştinţelor şi tehnicilor disponibile ale societăţii".

În fapt, finalitatea în sensul ei activ de orientare spre scop este caracteristică numai activităţii conştiente a oamenilor, decurgînd din reprezentarea ce premerge acţiunii umane, din ideea care determină acţiunea şi care este verificată prin practică. Finalitatea conferă fiecărui act educaţional un loc propriu în ierarhia sistemului operaţional educaţie, în raport cu ceea ce precede şi succede actului considerat, menţinînd procesul educării în condiţiile echilibrului dinamic.

Scanned with OKEN Scanner

Demersul educaţional, orientat de idealul educativ, operează cu finalităţi parţiale la nivelul fiecărei etape a educaţiei, căreia îi conferă propriul ei echilibru, în raport cu principiul succesiunii şi continuităţii. Orice confuzie în sfera logicii pedagogice, orice ignorare a rolului de premisă majoră pe care îl îndeplineşte scopul în raţionamentul educaţional pune în discuţie existenţa pedagogiei însăşi. S. I. CURTIS (65) admite că orice educator se situează pe o poziţie filozofică chiar dacă nu recunoaşte în mod deschis acest lucru, iar P. NUNN (211) afirmă că orice schemă a educaţiei exprimă o filozofie de viaţă; variaţia eternă a idealurilor de viaţă, contradicţiile lor se exprimă în teoriile educaţiei.

În acest context, orientarea educaţiei, „finalitatea dependentă de concepţia pe care ne-o facem despre om", această „a doua componentă a educaţiei, la fel de reală şi de importantă ca şi domeniul cunoaşterii ştiinţifice a copilului" (M. DEBESSE, 71) îşi exercită funcţia de echilibrare sub două aspecte:

a) la nivelul macrosistemului (al sistemului global societate), prin reglarea relaţiei individ-societate în sensul integrării individului în structurile corespunzătoare funcţiilor şi idealurilor necesare existenţei şi dezvoltării societăţii căreia îi asigură continuitatea prin transmiterea din generaţie în generaţie a practicii sociale şi prin remedierea exercitată între achiziţiile trecutului şi cele ale prezentului;

b) la nivelul microsistemului individ (educat) căruia îi asigură o dezvoltare firească, în limitele motivaţiei fiziologice şi psihologice direcţionînd mişcarea sa către o atitudine activă în raport cu ambianţa.

Rolul scopului în relaţiile individului cu lumea (ca motivare a actelor, criteriu de eficienţă şi utilitate a acţiunii, sau comandament etic în sensul năzuinţei consecvente spre scop) este considerabil. El determină orientarea comportamentului, dinamica existenţei umane.

Definirea şi precizarea finalităţilor la nivelul experienţei individuale urmează — desigur — istoria acestei experienţe, finalitatea sau mai exact succesiunea finalităţilor acceptate de individ, se amplifică extensiv şi intensiv ca efect al dezvoltării conştiinţei de sine, al structurării personalităţii, deşi nu se poate eluda un anumit fond filogenetic. I. P. PAVLOV (218) admite, la animale şi la om, un „reflex al scopului" definit ca „tendinţă de a stăpîni un anumit obiect excitant, înţelegînd noţiunile de «stăpînire» şi «obiect» în sens larg". Încercînd o explicaţie a formării acestui reflex, PAVLOV observă că „întreaga existenţă reprezintă tendinţa către realizarea unui scop, şi anume conservarea vieţii propriu-zise pe baza activităţii neobosite a ceea ce se numeşte instinctul general al vieţii, că-

Scanned with OKEN Scanner

ruia îi sînt subsumate reflexe ce au drept scop să însuşească în favoarea organismului condiţiile necesare salvgardării sale. La baza reflexului scopului stau reflexele de prehensiune. El îmbracă la om aspecte şi semnificaţii particulare, prezintă o uriaşă importanţă vitală şi este forma fundamentală a energiei vitale a fiecăruia dintre noi. O viaţă frumoasă şi puternică este viaţa aceluia ce tinde tot timpul spre un scop, viaţa încetează de a mai fi captivantă îndată ce dispare scopul".

Într-adevăr, individul care nu izbuteşte să-şi fundamenteze existenţa pe o finalitate suficient de limpede, de intensă şi realizabilă pentru a-şi motiva acţiunile faţă de sine însuşi nu mai beneficiază de funcţia de filtraj pe care finalitatea o exercită şi pierde astfel posibilitatea de a selecta şi ordona comportamentul său în raport cu multitudinea stimulilor şi situaţiilor. Lipsa scopului interzice definirea adecvată a mijloacelor de acţiune şi ca atare rezolvarea problemelor care solicită necontenit capacitatea de decizie a subiectului. Scăderea eficienţei funcţionale (ca efect al scăderii motivaţiei) echivalează în fapt cu diminuarea capacităţii de alegere — cu limitarea libertăţii.

Dar finalităţile pe care şi le propune individul, scopul în raport cu care îşi construieşte existenţa reflectă în cea mai mare măsură, sub aspectul conţinutului şi capacităţii de realizare, modalitatea obiectivării personalităţii subiectului ca rezultat al atingerii scopului educaţiei în ansamblu. Cu alte cuvinte, scopurile pe care ni le propunem decurg într-o măsură apreciabilă din idealul educativ în spiritul căruia am fost educaţi. În fapt, demersul educaţional propune celui educat serii de finalităţi succesive (integrate ca secvenţe scopului educaţiei) şi îi indică metodele potrivite atingerii şi depăşirii lor în vederea înfăptuirii acelor scopuri mai înalte şi mai îndepărtate care sînt idealurile şi propria realizare.

În măsura în care prezenţa scopului menţine la nivelul funcţionalităţii relaţia individ-ambianţă-individ şi ca atare homeostazia neuropsihică, iar lipsa scopului poate avea ca efect, în cazuri limită, renunţarea la viaţă, scopurile individului reflectînd scopul educaţiei, se poate afirma existenţa unei funcţii de echilibrare a tendinţei spre scop specifică actului educaţional.

3. *Învăţarea ca factor de echilibrare.* Capacitatea învăţării de a se manifesta, ca factor de echilibrare, îşi are geneza în însăşi istoria speciei umane, ea este implicată în filogeneză înainte de a se obiectiva în ontogeneză. În acest sens P. FRAISSE (100) defineşte învăţarea ca pe „activitatea ce modifică posibilităţile unei fiinţe în mod durabil". Fiecare secvenţă a extinderii treptate a ambianţei a inclus,

Scanned with OKEN Scanner

desigur, fixarea experienței în memoria colectivă a speciei, elaborarea și automatizarea comportamentelor necesare supraviețuirii. Învățarea se prezintă astfel ca un dispozitiv complex de reglare a relațiilor subiectului cu ambianța sau, mai exact, cu ceea ce este în afara experienței subiectului, fiind însă necesar existenței sale. Ea exercită astfel un rol important în menținerea homeostaziilor la diferite nivele. N. WIENER (305) subliniază dubla desfășurare a învățării în ontogenie, dar și în filogenie, învățarea în cursul evoluției speciei, una din formele ei fiind descrisă de CH. DARWIN în teoria selecției naturale.

Această lungă istorie a conferit învățării calitatea unui proces organic într-o asemenea măsură încît organismul a putut fi considerat „tot atît de esențial mașină de învățat, ca și mașină de asimilare sau autoreproducere. J. PIAGET (222 b), care consemnează această concluzie, observă existența unor „varietăți de învățare" ... aproape la toate nivelele de evoluție și aproape la toate stadiile, cel puțin funcționale, ale dezvoltării individului".

În cazul omului, singura ființă la care învățarea apare ca proces social conștient, ca o condiție esențială a practicii sociale, funcția de echilibrare a acestei activități se manifestă atît în dinamica procesului însuși (integrare, ierarhizare, organizare), cît și prin intermediul rezultatelor obținute (cunoștințe, priceperi, deprinderi). Mai mult, dacă avem în vedere faptul că omul beneficiază numai parțial la naștere de experiența speciei fixată în instinct și că, pentru a supraviețui, trebuie supus unei complexe acțiuni de condiționare, rolul educației în dezvoltare și echilibrare crește considerabil.

Într-adevăr, unul din mijloacele adaptării la modificările ambianței este tocmai achiziția tipurilor de comportament în funcție de schimbările ambianței, învățarea manifestîndu-se în accepția sa generală ca însușire a acestor noi tipuri de comportament care se întrepătrund cu cele înnăscute și apar pe măsura maturizării organismului (J. DELAY, P. PICHOT, 73).

În cazul omului, problema este desigur mult mai complexă. Alături de comportamentele elementare, omul își însușește cunoștințe de o complexitate crescîndă. Prin intermediul cunoștințelor sale omul va depăși adaptarea pasivă la natură, silind-o pe aceasta să se adapteze trebuințelor sale, va modifica în mod conștient ambianța, impunîndu-i propria sa finalitate. Învățarea, proces permanent, completează mijloacele de acțiune ale subiectului în dialogul său cu natura și societatea, sub aspectul informării, decodării semnalelor, analizei și evaluării informației, deciziei (alegerea soluției, rezolvarea problemei), demersului aplicativ, evaluării eficienței acestui demers, condiționează rezolvarea „petelor albe" existente în cîm-

Scanned with OKEN Scanner

pul de acţiune al subiectului, dar şi stocarea rezervelor de cunoştinţe în vederea unor aplicări ulterioare, previzibile sau neprevizibile. Produsul efortului investit de subiect în învăţare se obiectivează în mod obişnuit ca structuri operaţionale (tehnici profesionale, priceperi, deprinderi, conduite etico-sociale), cu o participare constantă la menţinerea echilibrului în relaţiile „sine-ceilalţi" şi „sine-sine" (LABREGÈRE).

În acest sens, P. THORPE şi A. M. SCHMULLER (285) consideră ca un merit al lui J. Dewey afirmarea consecventă a rolului fundamental pe care ambianţa socială îl îndeplineşte în procesul învăţării. Pentru acest pedagog învăţarea este un proces în care funcţiile organismului uman sînt utilizate pentru ca învăţarea să se exprime în cele din urmă în termeni de eficacitate socială. Învăţarea îl face capabil pe cel ce învaţă de a se realiza în descoperirea faptelor importante care-l privesc sau privesc lumea. În acest sens învăţarea joacă un rol social.

Consideraţiile de mai sus s-au referit îndeosebi la rezultatele învăţării. Dar însăşi activitatea de învăţare, modalităţile sale concrete de manifestare ca proces fiziologic (de condiţionare) şi psihologic (de formare, antrenare şi dezvoltare a proceselor psihice, de amplificare a instrumentelor practicii sociale) exercită o funcţie de echilibrare. Într-adevăr, învăţarea se prezintă în fapt ca o activitate de selecţie şi integrare în contextul unor momente operaţionale riguros determinate. Ne aflăm în faţa unui demers extensiv şi intensiv de organizare a structurilor neuropsihice aferente însuşirii cunoştinţelor şi formării priceperilor şi deprinderilor. Perceperea selectivă a materialului, înţelegerea semnificaţiilor şi sensurilor, repetarea şi exercitarea, aplicarea independentă a celor învăţate în cadrul unui antrenament sistematic influenţează nemijlocit capacităţile funcţionale ale persoanei; economia realizată prin formarea priceperilor şi deprinderilor are ca efect raţionalizarea consumului energetic neuropsihic; satisfacerea motivaţiei aferente şi sentimentul realizării eficiente a acţiunii generează o trăire afectivă pozitivă. Se obţine, astfel, menţinerea la un nivel adecvat a homeostaziei neuropsihice.

4. *Regimul pedagogic ca factor de echilibrare.* Regimul pedagogic, modalitate organizatorică fundamentală a activităţii educaţionale ne apare ca modelul operaţional esenţial al funcţiei de echilibrare a educaţiei, deoarece integrează în demersul educaţional factorul de echilibrare prin excelenţă care este timpul.

În fapt, un proces educaţional poate fi imaginat cu dificultate în afara unui regim, căci el nu se desfăşoară numai în spaţiu, ci şi în timp. Într-adevăr, regimul, ca formă de organizare a actelor edu-

Scanned with OKEN Scanner

cațională apare atît în accepția sa generală (ca regim pedagogic), cît și în diferite accepții particulare (regim școlar, regim al copilului în familie, regim educațional terapeutic etc.).

A recunoaște necesitatea regimului pedagogic înseamnă a postula intervenția fundamentală a factorului timp în procesul educației.

Interrelația educație-timp prezintă trei modalități distincte. O primă modalitate se manifestă la nivelul scopului educației: realizarea acestuia ca model educațional presupune o relație cu timpul istoric și se înscrie în fluxul dezvoltării dialectice a societății de la generație la generație. Această modalitate condiționează strategia globală a acțiunii educaționale.

O a doua modalitate a interrelației educație-timp se evidențiază în dezvoltarea fiziologică și psihologică a individului, în sens longitudinal. Trecerea de la o vîrstă la alta, salturile calitative care însoțesc aceste schimbări se reflectă în planurile și programele școlare, precum și în principiul respectării particularităților de vîrstă.

O a treia modalitate se manifestă la nivelul existenței cotidiene, înscriindu-se pe axa bioritmurilor circadiene (circadiem, de 24 de ore), în cadrul activității biologice, psihologice, educaționale, desfășurată în douăzeci și patru de ore. Măsurile și actele preconizate în acest cadru și sistematizate în orare și programe zilnice de activitate se înscriu mai ales în tactica acțiunii educaționale. În acest context, educatorul urmărește realizarea unor reflexe la timp, sincronizarea unui anumit moment din desfășurarea timpului cu o anumită activitate, cu o semnificație fiziologică (alimentare, odihnă, igiena corporală), psihologică și educativă (formare de priceperi și deprinderi, muncă, joc etc.), în cadrul unui program educațional, deci orientat spre un scop și în care activitățile solicitate nu au numai o finalitate în sine, ci îndeplinesc și funcția de instrumente ale educației.

Funcția de echilibrare a educației se manifestă aci ca acțiune de ritmare a activității psihofiziologice a celui educat; demersul educațional intră în interacțiune cu bioritmurile.

Dacă vom defini, împreună cu AL. LUNGU (174), bioritmurile ca „desfășurare în timp a oricărui proces sau fenomen biologic care se repetă relativ în însușirile sale cantitative și calificative, la intervale de timp aproximativ egale" și vom confrunta situațiile astfel definite cu acțiunea educațională, vom regăsi desigur numeroase puncte de incidență cu demersul educațional, în sensul realizării vechiului adagiu care leagă existența unei minți sănătoase de existența unui corp sănătos, dar și a integrării acțiunilor umane în structurile temporale, ca o condiție esențială a eficacității lor. În acest sens, bioritmurile circadiene oferă educatorului un sistem de

Scanned with OKEN Scanner

referință practic pentru realizarea unei educații plenare. Capacitatea de ritmare, amplă și profundă care-l deosebește calitativ pe om de restul lumii vii a avut consecințe și în ceea ce privește bioritmurile, conferindu-le o maximă diferențiere al cărei grad este în general influențat, prin intermediul creierului, de o serie de factori de ritmare noi, consecință a activității nervoase superioare umane, a înaltei sale perfecționări (M. SARAGEA, T. NEGRU, 248). Un astfel de factor de ritmare este și educația, învățarea.

Bioritmurile umane sînt supuse unei reglări ce include fenomene conștiente și emoționale. Ele posedă o latură subiectivă ce nu acționează niciodată singură, fiind în mod necesar derivată din latura obiectivă a fenomenelor temporale. Dacă deficitul funcțiilor de coordonare ale organelor centrale determină dereglarea sau chiar ștergerea pînă la dispariție a numeroase bioritmuri, dimpotrivă, dezvoltarea conștiinței sporește diversitatea bioritmurilor și le conferă un surplus de complexitate.

Relațiile educației cu timpul prezintă un caracter dialectic: pe de o parte, funcția educațională a experienței se manifestă filogenetic în structurarea bioritmurilor și ritmarea activității organismului în raport cu timpul, participînd astfel la echilibrarea organismului cu mediul și, în ultimă analiză, la adaptare. Pe de altă parte, timpul oferă educației un cadru organizatoric și un sistem de referință pentru structurarea comportamentului celor educați, atît sub aspect „molecular" (al bioritmurilor), cît și molar (al activității sociale, al sistematizării, disciplinei, al organizării).

Regimul pedagogic, modalitate esențială a manifestării relației timp-educație își exercită funcția de echilibrare prin acțiunea factorilor care îl definesc în accepțiunea sa cea mai generală:

a) Existența unui program, sub forma unei serii, succesiuni de activități, avînd între ele anumite legături (de succesiune, de simultaneitate, de compensare, de completare, de refacere), integrate unei acțiuni cu finalitate educațională.

b) Programarea desfășurării în timp a acestor activități în raport cu anumite criterii: particularitățile structurale și funcționale ale activității respective (compatibilitatea psihofiziologică a activității cu o anumită secvență a timpului circadian, dificultatea de a realiza activitatea, fatigabilitatea, incompatibilitatea, relația de completare sau cea de compensare între două activități etc.), particularitățile de vîrstă și individuale ale subiectului (nivelul de educabilitate, motivația, reacția la demersul educațional, rezistența la efort, adaptabilitatea), particularitățile situației educaționale (instrucția școlară, educația în familie, reeducare terapeutică, antrenament în scopuri performanțiale etc.);

Scanned with OKEN Scanner

c) Desfăşurarea ritmică a activităţilor pe o perioadă mai lungă, cu menţinerea strictă a ordinii de succesiune în timp, obţinîndu-se astfel ritmarea activităţii subiectului, realizarea unor automatizări parţiale sau integrale ale activităţii (priceperi, deprinderi), a unor trebuinţe pozitive (de ordin igienic, de muncă, de comportare), organizarea raţională a consumurilor energetice (balanţa veghe-somn, activitate-odihnă etc.), înscrise pe axa activităţii circadiene.

Apare astfel evidentă funcţia de echilibrare pe care o exercită regimul pedagogic, această funcţie decurgînd în mod necesar din funcţiile de planificare a energiei fizice şi psihice a subiectului, de organizare, integrare, ierarhizare a activităţii sale, de automatizare ca principiu al economiei neuropsihice, funcţii pe care regimul pedagogic le îndeplineşte.

Necesitatea regimului pedagogic este acceptat cu o axiomă de majoritatea educatorilor. Multe dintre eşecurile educaţiei îşi află o etiologie plauzibilă în carenţele de regim. Reciproc, în diferite tipuri de reeducare, acţiunea de restructurare a comportamentului subiectului îşi găseşte în instaurarea şi aplicarea unui regim pedagogic consecvent una din principalele sale tehnici.

• • •

Funcţia de echilibrare a educaţiei, privită ca dispozitiv de control al structurilor operaţionale pe care acţiunea educaţională le montează într-un flux continuu, exprimă în fapt natura negentropică a praxisului, funcţia sa organizatorică. BOLTZMAN şi GIBBS (157) consideră că entropia creşte în funcţie inversă de organizarea structurală. Educaţia, activitate de organizare prin excelenţă, îşi atinge obiectivele prin realizarea unui indice negentropic înalt. Uneori însă ea se desfăşoară în situaţii concrete (determinate de natura sarcinii, particularităţi ale subiectului, limitări situaţionale) care ar putea favoriza instalarea dezorganizării. Astfel, faza care precede unui proces educaţional şi pe care acesta este chemat să o depăşească prezintă un anumit indice de nedeterminare corespunzător lipsei de informaţie a subiectului, insuficienţei sale cunoaşteri de către educator etc. Demersul educaţional depăşeşte aceste momente şi datorită funcţiei sale de echilibrare: el îşi sprijină fiecare pas pe achiziţiile anterioare, punînd permanent în discuţie echilibrul stabilit între un anumit nivel de cunoaştere atins de către subiect şi realitatea de cunoscut, restructurîndu-l necontenit prin integrări succesive într-o desfăşurare de reechilibrări ce tind spre un nivel superior.

Scanned with OKEN Scanner

Funcţia de echilibrare a educaţiei asigură în acest mod relaţia dialectică între cunoscut şi necunoscut, împiedică revenirea subiectului la un punct entropic originar şi participă ca atare la realizarea unui echilibru dinamic.

Un argument convingător în acest sens îl constituie, reciproc, fenomenele de dezechilibru neuropsihic generate de educaţia deficitară. În acest context numeroşi autori, începînd cu psihiatrii epocii clasice şi pînă la ADLER şi MAKARENKO, atrag atenţia asupra faptului că adeseori destructurarea nevrotică şi într-o anumită măsură cea psihotică se prezintă ca „educaţie prost făcută" (ARDOINO) şi că în multe situaţii psihiatrul încearcă *să refacă ceea ce educatorul a făcut incomplet sau greşit*. Reacţiile de tip neurastenic, psihastenic şi isteric, tulburările de comportament, numeroase elemente din structura psihopatiilor, favorizate de o educaţie neadecvată implică un dezechilibru de etiologie educaţională.

Într-adevăr, o analiză mai stăruitoare a diferitelor simptome „educogene" demonstrează existenţa unor deficienţe cu efect traumatizant, excitant sau inhibitor la nivelul factorilor pe care i-am propus ca „purtători" ai funcţiei de echilibrare a educaţiei.

Astfel, o profundă acţiune psihogenă, traumatizantă exercită deficitele evidenţiabile la nivelul relaţiei educaţionale şi la fiecare din componentele sale.

Carenţele adultului ca agent al satisfacerii necesităţilor primare ale copilului (sub aspectul hranei, odihnei şi igienei) pot constitui izvorul unor deficite cu consecinţe durabile în ansamblul dezvoltării copilului, după cum *lipsa de participare ca interlocutor şi ca atare nesatisfacerea trebuinţelor de comunicare ale copilului* se regăsesc în personalitatea viitorului adult ca frustrare afectivă, sursă afectogenă, adeseori activă şi la maturitate; *dezinteresul educatorului faţă de funcţia ce-i revine ca instanţă de evaluare şi sancţionare* generează lipsa „frînelor", dezechilibrele comportamentale, rezultatul fiind adeseori o personalitate incompletă după cum *îndeplinirea excesivă a acestei funcţii* poate avea ca urmare o orientare afectivă depresivă, sentimentul persistent al injustiţiei, atitudinea conflictuală, negativistă în raport cu ambianţa sau, dimpotrivă, docilitatea excesivă, lipsa de iniţiativă, dependenţa prelungită de adult, imaturitate afectivă; *ignorarea calităţii de model pe care adultul-educator o îndeplineşte în raport cu copilul, comportarea necorespunzătoare sub aspect etic a celui ce educă* alimentează adeseori conflicte lăuntrice intense şi în anumite condiţii poate pune în discuţie întreaga dezvoltare a personalităţii; *insuficienţele ce decurg din modul în care educatorul îşi îndeplineşte funcţia sa de programare, de instruire,* îşi pun pecetea pe dezvoltarea intelectuală a subiectului,

Scanned with OKEN Scanner

condiționînd lipsa interesului său față de instrucție, după cum *carența sentimentului de securitate afectivă* dă naștere unui comportament de protest de tip excitativ sau inhibitiv, care menține persoana la nivelul întîrzierii afective; înlocuirea interdependenței active, bipolare care solicită, în condițiile statutului respectiv, intervenția activă și spiritul de inițiativă al celui ce educă, dar și al celui educat cu o „educocrație" în contextul căreia educatorul polarizează totalitatea inițiativelor și deciziilor, elevul devenind în fapt obiectul pasiv asupra căruia se exercită o voință abuzivă, alimentează un decalaj adeseori persistent între trebuințele individului și capacitatea de a și le satisface în mod independent, dar și între exigențele societății și posibilitatea de a le răspunde în mod creator; în același sens *depășirea de către educator a rolului de mediator între cel ce învață și ceea ce se învață, tentativa de a se substitui celui educat, de a-l suplini în travaliul solicitat de activitatea școlară, cu alte cuvinte, nerespectarea principiului participării conștiente și active a elevului* constituie sursa, adeseori patogenă, a unor trăsături deosebit de negative înscrise astfel în textura personalității: lipsa încrederii în propriile puteri, a obișnuinței de a munci, rezistența redusă la efortul intelectual și fizic, dependența de altul în rezolvarea problemelor proprii, lipsa spiritului de inițiativă, deficitele volitionale etc.

Deficitele constatate în structura relației educaționale generează, așadar, modificări ale climatului afectiv, deconectări în rețeaua complexă de conexiuni ce integrează individul și ambianța în structura sistemului individ-realitate. Adultul educator, ca sursă primordială de semnale din ambianță, ca sistem absolut de referință (cel puțin în etapa timpurie a copilăriei) și ca factor esențial al satisfacerii trebuințelor fizice și psihice ale copilului, riscă, în cazul unui comportament inadecvat, să împiedice sau să întîrzie formarea copilului ca agent activ al practicii sociale, acționînd în acest context ca un factor de dezechilibru, cu posibile extrapolări în sfera patologicului.

Dar, în și mai mare măsură, echilibrul psihofizic necesar construcției armonioase a personalității poate fi periclitat de insuficiențele posibile la nivelul scopului educației.

Lipsa unei definiții clare a finalității procesului educației sau operarea cu definiții incomplete, subordonarea demersului educațional unor scopuri inumane, orientarea educației spre idealuri atemporale, nerecunoașterea caracterului social al modelelor educaționale și a primatului funcției sociale a educației împiedică structurarea unor dispozitive relaționale eficiente în sistemul om-societate și îl împiedică pe individ să-și găsească locul între semenii săi.

Scanned with OKEN Scanner

Efectele nocive ale unei educații făcute după criterii aleatorii, subiective sau anistorice, se pot detecta atît la nivelul finalității colective (al modelului educațional aferent unei societăți într-o anumită etapă istoricește determinată, a dezvoltării sale), cît și la cel al finalității individuale (ca finalitate a educației unui anumit individ).

A nu propune celui educat un scop coerent al eforturilor sale, a nu-i oferi un model explicit al finalității spre care converg acțiunile educatorului și care motivează cerințele acestuia, înseamnă în fapt a-i impune valori fără acoperire în înțelegerea și afectivitatea sa, a-i interzice constituirea unor linii de perspectivă, catalizatoare ale energiilor investite, dar și a lăsa procesul complex al educației să navigheze spre viitor fără busolă și sextant.

În anamneza unor bolnavi cu afecțiuni nevrotice sau psihotice se regăsesc frecvent ecourile comportamentelor educaționale lipsite de acoperirea unui scop adecvat.

Adulții care fac obiectul acestor anamneze au fost adeseori copii educați în spiritul unor idealuri depășite de istorie sau în dezacord cu factorii istoricește creatori, au primit o educație care nu ținea seama de tendințele majore generate de trebuințele societății. Atît cunoștințele și tehnicile, cît și valorile etice care li s-au transmis decurgeau dintr-o viziune a realității proprii unei categorii sociale limitate și unei mentalități claustrante, dînd naștere ulterior la variații nevrotice și psihotice polimorfe pe tema dezadaptării sociale și psihice.

Un factor de dezechilibru cu o pondere considerabilă în mecanismul destructurant al „educației prost făcute" este implicat în deficitele (abolirea, incompletitudinea, distorsiunile) învățării. „Dacă învățarea nu ar fi ridicată la un nivel de generalitate — observă J. S. BRUNER (48) — organismul ar fi pentru totdeauna redus la procedeul încercării și erorii, ceea ce l-ar expune unui permanent pericol". Învățarea condiționează acumularea unei experiențe, a unui capital de cunoștințe, tehnici și principii de conduită care permite organismului „să manipuleze cu minimum de efort experiența ulterioară". Limitările existente în învățare condiționează limitarea individului ca agent al praxisului și-i reduc funcția demiurgică, dar în același timp îl lipsesc de beneficiile antrenamentului intelectual și fizic implicat, de efectele acestui demers sub aspectul dezvoltării sale neuropsihice. Distorsiunile învățării, oscilațiile în capacitatea de înțelegere și fixare a informațiilor, de integrare a lor în structuri operaționale active generează deficite cu caracter intelectual și de praxis, scăderi ale activității, pierderi de eficiență profesională, deteriorări ale modalităților de susținere a rolului său și de aci dete-

Scanned with OKEN Scanner

riorări ale statutului social, dar şi dezintegrări afective şi comportamentale. Amintim că, pentru unii autori, conflictul nevrotic însuşi se datorează unor „distorsiuni ale învăţării", care nu permit bolnavului să asimileze comportamentele adecvate în relaţiile sale cu ambianţa.

Astfel, DOLLARD şi MILLER (80) caută cauza nevrozelor şi psihozelor în procesul de adaptare, cu alte cuvinte în învăţare. Personalitatea unui individ, considerată în afara societăţii în care trăieşte, afirmă autorii, este lipsită de orice sens, deoarece tocmai de la această societate moşteneşte firul conducător al conduitei sale. A se adapta societăţii înseamnă *a învăţa* să te conformezi regulilor sale. Inadaptarea este manifestarea unei învăţări inadecvate. Individul echilibrat este cel care a învăţat să se adapteze. Autorii consideră că terapeutica indispensabilă readaptării unei personalităţi dezechilibrate ar consta într-o reînvăţare şi o recondiţionare.

De un consens unanim se bucură constatarea efectelor dezechilibrante ale nerespectării regimului pedagogic. Dacă în cazul factorilor relaţie, finalitate şi învăţare, relevarea acestor efecte ar putea fi eventual considerată ca implicînd o analiză particulară, în cazul regimului, acceptarea raportului de cauzalitate în raport cu echilibrul psihofizic ne apare ca un loc comun aparţinînd fondului de bază al convingerilor oricărui pedagog şi care nu necesită o demonstraţie specială. Efectele profund nocive ale risipei de energie fizică şi psihică şi ale disritmiilor în raporturile dintre efort şi repaos au putut fi lesne sesizate; repetarea informaţiei comunicate şi însuşite s-a impus în mod natural observaţiei generale ca procedeu fundamental al fixării cunoştinţelor, al formării priceperilor şi deprinderilor, înscriindu-se ca atare în logica pedagogică într-o formă axiomatică („Repetitio est mater studiorum"); necesitatea organizării efortului educatorului şi al celui educat, în raport cu exigenţele realităţilor psihofiziologice au determinat în mod firesc integrarea demersului instructiv-educativ în bugetul de timp de care dispunea şi ca atare utilizarea timpului ca un criteriu al succesiunii operaţiilor considerate; dar şi ca un dispozitiv de protecţie al individului prin adaptarea eforturilor la bioritmuri. Lipsa, fluctuaţiile, inconsecvenţa regimului vor sugera, aşadar, în mod necesar ideea de dezorganizare, de dezechilibru.

Consideraţiile de mai sus au în vedere distorsiunile demersului educaţional şi ca atare deficienţele educatorilor, ca surse potenţiale ale limitării sau anulării funcţiei de echilibrare a educaţiei. Această reducţie poate să apară însă şi în cazul blocării demersului educaţional prin intervenţia unor factori patologici.

Scanned with OKEN Scanner

Astfel, în anumite situații, subiectul nu poate recepta inițial demersul educațional în accepția sa curentă, datorită unei insuficiente dezvoltări intelectuale sau unor agresiuni care îngustează capacitatea sa de înțelegere și reacție și ca atare îl plasează în afara unei relații educaționale conștientizate, îi face inaccesibilă înțelegerea obiectivelor succesive și a finalității procesului educațional și reduce capacitatea de învățare, impune simplificarea programelor și regimurilor la nivelul unor proceduri elementare. În acest caz demersul educațional, în accepțiunea sa generală, își vede limitată acțiunea de echilibrare datorită dezechilibrului organic și funcțional preexistent, ca în cazul oligofreniilor, sindromurilor post-traumatice, encefalopatiilor, cerebrasteniei. Deficitul cerebral condiționează — de obicei — această limitare...

În alte situații, procesele patologice endogene aflate în curs de organizare și structurare sînt favorizate de exigențele educatorului și de efortul solicitat ca și de situația educațională (competitivitate, obligația de a se încadra într-un program, de a stabili relații interpersonale în afara colectivului familial, de a suferi „dominația" educatorului, resimțită ca o influență străină, ca o limitare a libertății spirituale). În aceste situații, condiția de obiect al educației poate grăbi ecloziunea procesului patologic și izbucnirea crizei (ca în unele debuturi de schizofrenie). În acest caz, datorită unor procese patologice obiective, situația educațională este trăită de subiect ca o situație traumatizantă, deoarece îi solicită o participare la realitate ce depășește posibilitățile sale de comunicare. Într-o astfel de împrejurare funcția de echilibrare a educației este abolită, educatorii nepreveniți putînd chiar să accentueze dezechilibrul psihic al bolnavului prin felul în care interpretează comportarea acestuia.

În sfîrșit, funcția de echilibrare a educației este limitată în cazul personalităților psihopatice[1] „care se chinuiesc pe ele însile și chinuiesc pe cei din jur" (K. SCHNEIDER). Anumite particularități patologice înnăscute ale sistemului nervos, favorizate de factori exogeni, pot concura la constituirea unor personalități dizarmonice al căror comportament conflictual reflectă un dezechilibru persistent în relațiile individului cu ambianța.

Cunoașterea diferitelor modalități de dezechilibru de origine educogenă, ca și a situațiilor patologice care limitează funcția de echilibrare a educației ne îndreptățește să tragem două concluzii:

[1] Termenul de psihopatie denumește acea dezvoltare patologică a personalității caracterizată clinic prin incapacitatea episodică sau permanentă de integrare armonică în mediul social, familial, profesional [V. PREDESCU, (234)].

Scanned with OKEN Scanner

1. Dacă un deficit în structura demersului educaţional poate acţiona ca un factor de dezechilibru, actul prin care se rezolvă acel deficit poate avea ca efect reechilibrarea sistemului tulburat, astfel că, prin restaurarea integrală a funcţiei de echilibrare a educaţiei, se obţine şi revenirea sistemului la parametrii săi normali.

Dacă, în anumite situaţii patologice, funcţia de echilibrare a educaţiei în accepţia sa curentă nu se poate manifesta cu întreaga sa plenitudine, în acele situaţii demersul educaţional trebuie să acţioneze prin metode speciale care să-i compenseze scăderile de tensiune operaţională, opunînd variaţiilor situaţionale patologice, tehnici corespunzătoare şi redînd astfel actului educaţional eficienţa sa echilibrantă.

Într-un asemenea mod procedează în fapt educatorul confruntat cu situaţiile patologice. Pornind de la informaţia obţinută prin explorarea minuţioasă a cazului, el îl va integra pe subiect în contextul unei relaţii educaţionale investită cu toate calităţile unui act interpersonal restructurant: îi va oferi posibilitatea unei comunicări plenare, va acţiona în raport cu subiectul ca instanţă de evaluare a comportamentelor, performanţelor, convingerilor, atitudinilor acestuia şi ca sistem de referinţă, va „reprograma" subiectul cu anumite cunoştinţe, priceperi şi deprinderi, recuperînd pe cele anterior existente sau compensînd lipsa lor, îl va antrena într-o reţea de interacţiuni active solicitînd, în limitele situaţiei, participarea personală a bolnavului, anulînd sentimentul de insecuritate afectivă al acestuia şi în fapt va media, prin intermediul unor metode instructive şi educative, între individ şi realitate, între bolnav şi societate.

Pentru a obţine aceste rezultate, educatorul va trebui să clarifice finalitatea demersului său şi să o facă lesne de înţeles pentru bolnav, să racordeze finalitatea acţiunii educaţionale individuale la idealul colectiv, reintegrîndu-l pe subiect în realitate. Învăţarea (antrenamentul) în cadrul unui regim medico-pedagogic riguros, utilizarea informaţiei şi activităţii pentru a reface capacităţile funcţionale ale subiectului, afectate de agresiunea patologică, restructurarea convingerilor şi imaginii despre lume reprezintă principalele metode folosite de educator pentru a obţine reechilibrarea bolnavului neuropsihic. În cazurile în care particularităţile situaţiei patologice (intensitatea procesului, constituţia dizarmonică, receptivitatea scăzută) creează acţiunii educatorului condiţii specifice limitative, el va adapta demersul său cazului propus, regimul preconizat reflectînd transcrierea principiilor şi metodelor educaţiei pe portativul situaţiei de rezolvat. Noi linii de perspectivă, apropiate, medii şi îndepărtate (A. S. MAKARENKO) vor acţiona ca un catalizator al ener-

Scanned with OKEN Scanner

giilor investite de bolnav în activităţile ce i se propun, ca motivare efectivă a participării sale în contextul relaţiei educaţionale.

Procedînd în acest fel, educatorul va solicita în fapt funcţia de echilibrare a educaţiei, extrapolînd-o la situaţia, calitativ diferită de situaţiile educaţionale curente, pe care o reprezintă destructurarea nevrotică sau psihică, îndeplinind, aşadar, o acţiune cu caracter terapeutic. Dacă rezultatul final al acţiunii sale va putea fi definit ca reechilibrare a funcţiilor psihice ale bolnavului, ale afectivităţii sale de relaţie, ale raporturilor sale cu societatea, prin recuperarea funcţionalităţii persoanei sub toate aspectele sale, obţinută ca efect al cunoştinţelor despre lume şi despre sine, al convingerilor, priceperilor şi deprinderilor de activitate şi al procesului însuşi de însuşire a acestora, acţiunea desfăşurată de educator îşi va putea asuma calificativul de tehnică terapeutică, în valoare de terapie educaţională în tratamentul complex al bolii neuropsihice.

În fapt, dincolo de modalităţile proprii de stimulare şi de reacţiile specifice declanşate, totalitatea metodelor terapeutice (farmacoterapia, hidroterapia, termoterapia, electroterapia, balneoterapia, climatoterapia, demersul chirurgical) tind spre realizarea unui „efect ultim": reechilibrarea organismului tulburat de agresiunea patologică. Reactivarea unor mecanisme de reglare homeostazică fizică şi psihică prin stimulare sau inhibare, compensarea unor funcţii deficitare, restructurarea unor procese deviate de la normă, remodelarea anatomofiziologică a unor circuite funcţionale blocate concură la obţinerea aceluiaşi efect ultim: refacerea armoniei iniţiale a proceselor organice.

În măsura în care îşi aduce contribuţia la anularea sau diminuarea consumurilor energetice excesive, la remodelarea comportamentului şi refacerea relaţiilor persoanei cu ambianţa, facilitînd astfel reluarea dialogului întrerupt la toate nivelele şi sub toate aspectele sistemului, terapia educaţională îşi află în strategia terapeutică un loc şi o funcţie pe deplin motivate.

Faptele enumerate mai sus par a confirma, în concluzie, ipoteza după care:

a) funcţia terapeutică se manifestă în accepţia sa nespecifică, generală, ca funcţie de echilibrare şi reechilibrare;

b) actul educaţional exercită în contextul acţiunii sale şi o funcţie, nespecifică, de echilibrare;

c) prin intermediul unor acte educaţionale (de informare, formare, învăţare etc.) se obţin rezultate terapeutice confirmate de practică şi sancţionate sub aspectul eficienţei prin creşterea „cererii de educaţie" în diferite sectoare ale medicinii şi îndeosebi în psihiatrie;

Scanned with OKEN Scanner

d) motivarea eficienței terapeutice a actului educațional (ceea ce autorizează includerea acestui act într-o strategie terapeutică, în interacțiune cu alte metode și procedee) constă în aceea că, posedînd, ca fiecare metodă terapeutică, o funcție specifică realizată cu modalități proprii, exercită, în comun cu aceste metode, și o funcție generală, nespecifică, de echilibrare și reechilibrare, funcție ce se obiectivează prin intermediul relației educaționale, al orientării spre scop, al învățării și al regimului în contextul unei situații patologice.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul IV

DOMENII DE ACȚIUNE ALE TERAPIEI EDUCAȚIONALE

4.1. Experiența franceză: educatorii* în spitalele de medicină generală

Introducerea metodelor educaționale în terapie nu a rămas în stadiul teoretizărilor pentru mai tîrziu. Semnificativă este în acest sens experiența franceză. Educatorii au pătruns în spitale, s-au dus la patul bolnavului, au introdus în structura zilei de spitalizare ore de activitate didactică, acțiuni cultural-educative. Printre serviciile tradiționale ale spitalului a apărut și serviciul pedagogic. Bolnavii cardiaci, ftizici, reumatici, cu afecțiuni motorii, copii, adolescenți și adulți, sînt smulși din izolarea patului de spital și din inactivitate și inserați în diferite structuri ocupaționale, în funcție de posibilități, de faza bolii, de prescripția medicală.

În 1963—64, circa trei sute de educatori publici din Franța și-au exercitat profesiunea în instituții spitalicești de adulți. Se pornea de la următoarea ipoteză: institutorul care a obținut succese în educația adulților și în activitatea culturală de masă are posibilitatea de a reedita aceste succese și într-un mediu spitalicesc sau sanatorial, unde cei reuniți datorită bolii sau accidentului ar putea folosi prezența educatorului pentru a evita efectele psihice nedorite ale unei spitalizări de lungă durată (CRISTIAN BELLY, MICHEL GEVREY, 27).

Primele transferări ale unor educatori în mediu spitalicesc au avut loc în 1944. Intenția administrației școlare nu era pe atunci îngrijirea bolnavilor, ci găsirea unor întrebuințări pentru acele cadre didactice pe care tuberculoza le îndepărtase din clasele de copii, lăsîndu-le însă posibilitatea de a avea o activitate profesională.

* În nomenclatura învățămîntului francez, acești educatori sînt considerați institutori care își desfășoară activitatea în instituțiile sanitare.

Locul cel mai potrivit unei astfel de utilizări s-a vădit a fi mediul sanatorial.

În acea etapă se urmărea ca bolnavii să aibă anumite preocupări, considerîndu-le pe acestea ca avînd efecte terapeutice. Sistemul se practica la Clairvivre şi Hauteville (Franţa), la Leysin (Elveţia). Se urmărea activizarea bolnavilor, menţinerea gustului pentru efort, promovarea socio-profesională; uneori, asistente sociale sau bibliotecari, afectau o parte din timpul destinat ocupaţiilor lor profesionale pentru a-l ajuta pe bolnav să se instruiască, folosind în acest scop şi ajutorul unor organizaţii din afară ca „Auxilia" sau „Lectura în sanatorii". Nu existau însă forme organizate de acţiune educaţională.

Primul post de educator ce-şi exercită oficial atribuţiile pe lîngă bolnavi a fost înfiinţat în „Cetatea sanitară" din Clairvivre.

Experienţa a avut un astfel de succes încît, în numai cîţiva ani a apărut o ramură nouă a sistemului ştiinţelor pedagogice: pedagogia adulţilor spitalizaţi. Din 1949 medicii însişi cer numirea unor educatori în spitale, socotind prezenţa acestora ca binefăcătoare pentru bolnavi.

În 1950, Ministerul Educaţiei Naţionale difuzează instrucţiuni generale în care precizează statutul educatorilor din spitale. Aceştia „trebuie îndeosebi să-i ajute pe bolnavi să-şi găsească sau să-şi regăsească o carieră compatibilă cu o stare de sănătate care şi după vindecare va rămîne obiectul unei supravegheri atente". În 1959, circulara „Instrucţiuni privind pe educatorii în funcţie în instituţiile de cură şi postcură" precizează că educatorii afectaţi instituţiilor mai sus-citate vor organiza, în funcţie de acordul intervenit între medicii directori şi autorităţile academice, învăţămîntul pentru pensionarii acestor instituţii, asigurînd şi controlînd acest învăţămînt; ei colaborează din însărcinarea medicilor directori la reclasarea profesională a bolnavilor şi cooperează la organizarea activităţilor culturale şi de relaxare ale instituţiei. În 1962 a avut loc „Colocviul învăţămîntului sanatorial" cu comunicări de didactică şi metodică. În 1964 revista „Réadaptation" a publicat un număr tematic: „Educatorul, rolul său în mediul spitalicesc al bolnavilor adolescenţi şi adulţi", consemnînd un bilanţ semnificativ. Astfel, colectivul de pedagogi de la sanatoriul din Beaurouvre, consideră că rolul educatorului terapeut este acela de a preda, a informa şi a educa, dezvoltînd în fiecare bolnav conştiinţa posibilităţilor sale şi simţul responsabilităţii, favorizînd astfel disciplina liber consimţită. El deschide drumul spre cultura generală, trezeşte interesul pentru ea, orientează pe bolnavi spre „distracţii sănătoase". Rolul educatorului este totdeauna să formeze oameni. Aci vîrsta adultă este

Scanned with OKEN Scanner

atinsă sau aproape. Dar totul n-a fost spus și boala îngăduie să se repună totul în discuție.

Semnificativă apare aprobarea pe care activitatea educatorilor din spitale a obținut-o din partea medicilor. Astfel, ftiziologul J. J. HAZEMANN consideră că experiențele au evidențiat rezultate favorabile pe toate planurile: medical, psihologic, social, nici o promovare reală a bolnavului nefiind posibilă fără promovarea intelectuală.

E. BERNARD și E. KERVAN (33), studiind evoluția readaptării tuberculoșilor în funcție de noua terapeutică, înfățișează întregul proces de readaptare ca interacțiunea a trei forme de reeducare: *fiziologică* (reantrenarea la efortul fizic), *intelectuală* (prin învățămînt la patul bolnavului pentru a-i combate inerția), *psihologică* (în sensul reconstrucției afective și profesionale — își păstrează meseria, învață o meserie fără a fi știut vreuna, își schimbă meseria). La fel, J. BEGOIN (25) observă că, datorită progreselor terapeuticii T.B.C., traumatismul maladiei este astăzi mult mai puțin resimțit pe plan fizic dar cu atît mai mare este intensitatea sa pe plan psihic, adică în viața relațională a pacienților. De aci, importanța terapiei educaționale. În sfîrșit, medicul ODILE RENIE (241) afirmă că „educatorii sînt la locul lor nu numai în instituțiile speciale de reeducare, ci și în spitalul general, în serviciile de medicină și chirurgie generală și nu este exclus să-și găsească un loc alături de echipele de urgență, unde, între strălucitoare salvări și eșecuri, există atîtea succese incomplete ce pun, alături de probleme morale tulburătoare, numeroase probleme de terapeutică ocupațională“ (228).

4.2. P. Delore și funcția pedagogică a spitalului

Cercetînd funcțiile spitalului modern în lumina concepțiilor sale despre „spitalul umanizat“, profesorul P. DELORE enumeră printre acestea funcția preventivă și educativă, ca și funcția de reabilitare (74).

Deoarece vindecarea nu elimină posibilitatea sechelelor, conștiința capacităților sale funcționale reduse poate favoriza apariția la bolnav a stărilor depresive, a sinistrozei. Realitatea interacțiunii acestori stări, pe care autorul le denumește „psiho-sociale“, cu deteriorarea psihică, este unanim acceptată. Lipsa de activitate este patogenă, de aceea tratamentul trebuie să combată inactivitatea, neputința funcțională. În acest scop, spitalului modern i se va anexa un centru de readaptare în care se va practica și terapia educațională

Scanned with OKEN Scanner

(ergoterapia, cultura fizică medicală). Funcţia de restaurare deplină a sănătăţii pe care trebuie s-o exercite spitalul va fi încredinţată şi profesorului de cultură fizică medicală, ergoterapeutului, monitorului de readaptare, logopedului, psihotehnicianului care, sub conducerea nemijlocită a medicului, vor asigura realizarea unor importante laturi ale reeducării bolnavului pentru sănătate, „acea capacitate de adaptare şi compensare constantă faţă de factorii de dezechilibru". Acţiunea acestor specialişti se desfăşoară în cadrul unui „Serviciu social" şi a unui „Serviciu de orientare profesională". Programul readaptării se compune din acţiuni de „recreere organizată" (jocuri, divertisment) urmate de terapie ocupaţională, reeducare, orientare şi readaptare profesională.

Analizînd motivele acţiunii educaţionale în „spitalul umanizat", P. DELORE (74) consideră această formă de acţiune pe deplin justificată şi necesară, deoarece:

1. Orice act terapeutic are un aspect educativ care îl valorizează, îi conferă deplina semnificaţie umană şi îi completează eficienţa.

2. Bolnavul aflat în spital trăieşte în condiţii psihologice care asigură o receptivitate deosebit de favorabilă acţiunii educative.

3. Timpul relativ lung pe care bolnavul îl petrece în spital face oportună acţiunea educaţională, asigurîndu-i continuitatea.

4. Medicul trebuie să se gîndească şi la viitorul bolnavului, la situaţia sa de convalescent, la modalităţile integrării acestuia în cadrul familial şi profesional, în raport cu posibilităţile de reşută, complicaţii, contagiune.

5. Acţiunea educaţională oferă şi posibilitatea educării familiei bolnavului.

6. Structura morbidităţii este în prezent modificată. Bolile infecţioase au scăzut, dar au crescut afecţiunile cardiovasculare, degenerative, traumatismele fizice şi psihice, tulburările sau dezechilibrele funcţionale, stări morbide ce solicită o acţiune educativă mai profundă decît febra eruptivă sau pneumonia (74).

A exercita o acţiune educativă în spital înseamnă a-şi face din bolnav un colaborator, a-l asocia la acţiunea terapeutică, a-l determina să participe conştient şi constant la propria terapie, a face apel la comprehensiunea, judecata, voinţa, responsabilitatea sa în acele situaţii în care aceşti factori psihici pot contribui la terapie, a-l face să înţeleagă motivele, modalităţile şi incovenientele posibile cu privire la conduita terapeutică şi a-l face să le accepte; nu „a prescrie un tratament", ci „a educa pentru tratament", a lupta împotriva

Scanned with OKEN Scanner

stărilor emoţionale, depresive, anxioase, a-l educa pe bolnav pentru convalescenţă, informîndu-l în legătură cu riscurile, complicaţiile, recidivele şi continuarea îngrijirii.

Semnificativă ne apare în acest context relaţia stabilită de autor între educaţie şi umanizare. Introducerea în structurile terapeutice a factorului educaţional apare acestui autor ca un demers de salvgardare a esenţei umane a bolnavului în condiţiile tehnicizării din ce în ce mai accentuate a terapiei.

Opiniile profesate de PIERRE DELORE nu reprezintă simple opţiuni prospective, ele se sprijină pe realizările obţinute în domeniul terapiei educaţionale. În acest sens, M. PELECIER (219), referindu-se la activitatea de peste patru decenii a asociaţiei europene „Auxilia", consideră munca intelectuală ca pe un „agent al vindecării". „Auxilia" organizează centre de reeducare profesională sau forme de învăţămînt, oferind bolnavilor posibilităţi de instruire în spital sau prin corespondenţă.

Autorul admite că activitatea intelectuală nu constituie un agent nemijlocit de tratament şi vindecare. Ea acţionează însă prin intermediul unor factori afectivi. Într-adevăr, la bolnavii încadraţi într-un proces de instruire se constată o îmbunătăţire a stării generale şi „creşterea moralului".

Munca intelectuală exercită o influenţă binefăcătoare asupra bolnavului, prin aceea că „umple vidul spiritual cauzat de inactivitate şi potoleşte foamea spirituală a bolnavului". Experienţa a arătat că „un spirit instruit este mai apt să învingă dificultăţile". În acest sens instruirea acţionează ca un factor de echilibrare prin sentimentul de „putere asupra cunoştinţelor" pe care îl dă bolnavului. Înţelegerea cunoştinţelor predate, dar şi conştiinţa propriei capacităţi de progres, mai ales dacă sînt potenţate de atitudinea comprehensivă a profesorului, contribuie într-o măsură apreciabilă la vindecare.

Creşterea opţiunilor educaţional-terapeutice a determinat înfiinţarea unor servicii de consultaţii pedagogice. Un astfel de serviciu funcţionează în cadrul centrului „André Leveille" din Paris, care se ocupă cu readaptarea muncitorilor handicapaţi (prin T.B.C., traumatisme fizice, psihoze, nevroze, deficite de mişcare) şi reeducarea lor. În cadrul serviciului, educatorii cu pregătire specială contribuie la efortul de revizuire şi punere la punct a cunoştinţelor acestor bolnavi pe baza avizelor psihotehnice. Ei dau consultaţii individuale, prin care se urmăreşte modul în care se desfăşoară activitatea de instruire desfăşurată de către bolnav la domiciliu.

Scanned with OKEN Scanner

4.3. Neurologia şi psihiatria — domenii de elecţie ale terapiei educaţionale

Dacă în bolile somatice, trauma psihogenă reprezintă reflexul trăirii depresive a bolii de către subiect, în cazul bolilor neurologice şi psihice, consecinţele bolii nu se limitează la trăirea afectivă imediată a fenomenului, ci se resimte în însăşi structura persoanei, interesînd cele mai intime resorturi ale fiinţei umane.

Într-adevăr destructurările şi tulburările sistemului nervos şi îndeosebi suferinţa cerebrală generează frecvent un deficit psihic sever şi sechele persistente manifestate ca diminuări accentuate ale capacităţii de mişcare şi acţiune, ale percepţiei şi înţelegerii, ale comunicării verbale. Pacientul părăseşte spitalul cu un bilanţ funcţional deficitar şi cu probleme majore de readaptare care implică frecvent restabilirea vorbirii, a lexiei, grafiei, deprinderilor de calcul şi firește, în primul rînd, a capacităţii de comunicare verbală.

După al doilea război mondial, s-a dezvoltat o nouă ramură a educaţiei terapeutice: „Un nou cîmp de aplicaţii pedagogice avînd o semnificaţie practică şi teoretică ni s-a deschis în ultima decadă — afirma A. R. LURIA şi L. S. TZVETKOVA (176). Este vorba despre reeducarea bolnavilor care, în urma unor leziuni cerebrale (răni, hemoragii, tumori) şi-au pierdut cunoştinţele şi capacitatea de utilizare complexă a limbajului, scrierii, lecturii, calculului". O astfel de activitate se desfăşoară în clinici şi institute de neurologie, cum ar fi „Serviciul de reeducare a memoriei şi limbajului" condus de profesorul J. BARBIZET la Paris, cabinetul de reeducare a limbajului condus de BL. DUCARNE în clinica profesorului ALAJOUANINE etc.

O contribuţie deosebit de însemnată în acest domeniu aparţine cercetătorilor sovietici (LURIA, 1948—1962; ANANIEV, 1947; ZANKOV, 1948; KOGAN, 1948—1962; BEIN, 1964).

După cum se ştie, celulele cerebrale afectate de un proces traumatizant nu se regenerează. Din această cauză, s-a putut considera în trecut că pierderea cunoştinţelor şi deprinderilor, ca urmare a unor leziuni importante ale anumitor arii cerebrale ar fi ireversibile. Rezultatele obţinute demonstrează, dimpotrivă, plasticitatea deosebită a scoarţei cerebrale, posibilitatea reconstrucţiei unor funcţii psihice, a unor sisteme de cunoştinţe şi deprinderi. S-au elaborat în acest sens metodici speciale pentru vorbire, citire şi scriere, calcul.

Reeducarea este riguros diferenţiată, metodica aplicată decurge din particularităţile deteriorării şi va pune în relief factorul ce stă la baza pierderii cunoştinţelor sau deprinderilor: analiza şi sinteza

Scanned with OKEN Scanner

auditivă, analiza chinestezică şi cinestezică, organizarea succesivă şi dinamică a proceselor. Se folosesc diferite procedee didactice, acţionîndu-se progresiv şi analitic. Se realizează astfel, „o programare maximală a procesului de învăţare implicînd toate verigile cunoaşterii pe care urmează a fi reconstituite.

În acelaşi context, tulburările nevrotice şi psihice, funcţionale sau structurale, pun în discuţie coeziunea personalităţii, eficienţa operaţională a funcţiilor psihice şi implicit cunoaşterea, comportamentul, activitatea, viaţa interioară, relaţiile cu ambianţa. Diferite mecanisme patogene, în contextul unor etiologii din cele mai diferenţiate pot determina modalităţi de tulburare a comportamentului şi de deficit psihic prezentînd un spectru larg, de la dezadaptarea nevrotică şi pînă la dezintegrarea moleculară a personalităţii, de tip schizofrenic. Conflictul adeseori dramatic ce-l opune pe neurastenic lumii înconjurătoare şi lui însuşi, dezadaptarea socială, profundă a psihopatului, cel care „se chinuieşte pe sine şi pe cei din jur" (KURT SCHNEIDER), detaşarea de realitate a schizofrenului, conştiinţa dureroasă a existenţei proprie melancolicului, diferitele tulburări generate de nedezvoltarea mintală sau de involuţia psihică, consecinţele unor traume cerebrale, ale unor anomalii bioelectrice sau biochimice, dar şi deficitul volitional al psihastenicului depăşesc în mod considerabil limitele trăirii bolii în cadrul unei maladii somatice, înseşi sistemele elementare de relaţii ale bolnavului fiind afectate, iar el simţindu-se „descompletat" în fiinţa sa intimă.

În unele cazuri, bolnavul psihic regresează pe plan intelectual şi afectiv, prezentînd comportamente neadecvate vîrstei şi pregătirii intelectuale, în alte cazuri el nu poate atinge nivelul intelectual corespunzător vîrstei. Uneori îşi trăieşte lucid deficitul, fără a-l putea depăşi, alteori, desprins de sine însuşi, ignoră existenţa bolii. Denumirea de „alienare mintală", astăzi depăşită, sublinia tocmai înstrăinarea de sine a bolnavului psihic, definea subiectul obiectualizat.

Faptul că bolile psihice au o durată relativ lungă, lăsînd adeseori sechele importante, că evoluţia lor cunoaşte remisiuni şi ameliorări, dar în mai mică măsură vindecări cu „restitutio ad integrum", ceea ce duce la cronicizare mai frecvent decît în alte boli, sporeşte complexitatea problemei. Boala psihică este mai mult decît oricare alta „o suferinţă a omului integral, inclusiv corporalitatea sa" (ST. STOSSEL, 281). Tristeţea, anxietatea, neliniştea, incertitudinea, sentimentul propriei neputinţe, ura, dragostea, mînia se manifestă în acest context cu toată gama devierilor şi trăirilor excesive.

În cadrul bolii psihice are loc o restructurare patologică a relaţiei „de la sine la sine" şi „de la sine la lume". Sentimentul limitărilor în prezent şi viitor, mai acut la bolnavul psihic, naşte o „reac-

Scanned with OKEN Scanner

ție la dependență, suferință care, dacă nu este totdeauna la fel de intensă apare ca deosebit de constantă". „Persoana noastră se constituie și se echilibrează în fiecare zi prin victoriile inepuizabilei noastre dorințe de a influența lucrurile și ființele" (LABREGÈRE) (158). „Or, bolnavul psihic este adeseori, printre ceilalți bolnavi, cel mai lipsit de acele lucruri eminamente invidiabile care sînt grația, autoritatea, puterea, eficacitatea".

El nu poate influența ambianța fie pentru că lumea înconjurătoare îi trezește anxietatea, fie pentru că se simte inferior sau superior celorlalți, fie pentru că și-a pierdut schemele de orientare în realitate, iar știința subtilă de a-și conforma reacțiile la stimulii pe care viața cotidiană îi oferă i-a devenit străină. Capacitatea de a recepta mesajele cu semnificațiile și sensurile lor reale, de a le decoda în raport cu valoarea lor exactă și a le transcrie în modalități de expresie adecvate și utile, de a aprecia critic și a decide în mod eficient, de a trece la acțiune constructivă și îndeosebi de a echilibra aceste momente existențiale este diminuată într-o măsură mai mică sau mai mare. Bolnavul poate recepta, dar decodarea și exprimarea sînt deficitare, poate decide, dar nu trece la acțiune. Între individ și ambianță se interpun diferite ineficiențe, denivelări de la oscilația mai mult sau mai puțin constantă a funcției de relație și pînă la inhibiția ei totală. Această rețea izolantă este mult mai densă în cazul bolnavului psihic decît la alte tipuri de bolnavi. „Viitorul bolnavului psihic — observă LABREGÈRE (158) — este condiționat, în mai mare măsură decît de posibilitățile recuperării sale funcționale, de capacitatea sa de a conserva și reconstitui o relație „sine-sine" și „sine-lume" de bună calitate, fiecare progres în acest sens putînd fi considerat ca o etapă parcursă spre remisiune". Într-adevăr, fiecare din aceste progrese, acolo unde se obține, coincide cu capacitatea dobîndită de bolnav de a rezolva un anumit tip de probleme (relaționale, familiale, profesionale etc.).

În acest context, ca și neurologia, psihiatria se definește ca domeniu de elecție a terapiei educaționale. Dealtfel, psihiatria contemporană, „medicină a totalității umane, medicină a unității biopsihosociale, medicină a persoanei dinamice trăind într-un univers mișcător, într-o eră a dezalienării și a resocializării bolnavului, a deschiderii spitalului psihiatric spre lume, a socioterapiei și psihiatriei sociale" (R. LAFON, 159), îndreptățește această aserțiune.

De aceea, ne apare ca pe deplin justificat acordul deplin cu metodele psihoterapeutice afirmat de un reprezentant ilustru al psihiatriei franceze.

„Psihiatria, scrie H. EY (91), a cîștigat desigur foarte mult și și-a găsit chiar adevărata fizionomie, pînă atunci cu trăsături prea

Scanned with OKEN Scanner

nesigure, în ziua în care esențialul terapeuticii psihiatrice s-a impus sub formă de tehnici psihoterapeutice. *Esența însăși a psihiatriei, rațiunea sa de a fi, originalitatea poziției sale în cadrul științelor medicale, specificitatea metodelor sale este într-adevăr actul prin care spiritul vine în ajutorul spiritului într-o întîlnire salutară de comprehensiune și restaurare. Toate tehnicile psihoterapeutice se referă la această întîlnire: în psihiatrie ea este colocviul cel mai intim al unei comunicări interumane, transfuzie efectivă care vindecă* (subl. ns.). Aidoma dragostei, psihoterapia este o posesiune și o dăruire care va astupa vidul bolii".

Conceptul de învățare utilizat cu semnificație etiopatogenetică în psihiatria americană este compatibil cu o terapie educațională. Într-adevăr, un element original al acestei psihiatrii îl constituie utilizarea conceptului de învățare în explicarea originii unor manifestări psihopatologice (considerate a fi de fapt „învățate" ca niște deprinderi negative datorită neputinței bolnavului de a rezolva o situație și tendinței patologice de a căuta soluția într-un comportament aberant, în „refugiul în boală"), mai ușor abordabile și ulterior întărite și permanentizate prin repetiție. S. RADO (239) consideră că pacienții cu comportamente obsesive au rămas sau au regresat la nivelul adaptativ al dependenței infantile. Pentru a lichida inhibițiile acestor bolnavi, este necesar să utilizăm „metode reconstructive" care să-i ridice pînă la nivelul maturității, realizînd astfel un proces de învățare denumit de autor „emotional learning". Pornind de la manifestările concrete ale bolnavului, terapeutul va elabora programe individualizate de reeducare. În același context este cunoscut interesul psihiatrilor din S.U.A. pentru metode de esență educațională — „School Therapy" și „Class Therapy" — asupra cărora dealtfel vom reveni.

Psihiatria de orientare existențialistă legitimează de asemenea demersul educațional în psihoterapie. Preocupați de valorile proprii și relațiile eului (dragoste, prietenie, coexistență), de „mișcarea" sa (modalitatea proprie de inserție în lume) și de deschiderea sa spre lume (perspective și proiecte vitale), psihiatrii existențialiști (BINSWANGER, von GEBSATTEL, STRAUSS, KUHN, MINKOVSKI) vor conferi demersului psihoterapeutic semnificația unei metode active de maturizare a pacientului, realizînd între acesta și terapeut „o osmoză binefăcătoare" (H. EY, 92), utilă în mod firesc restructurii individului în spiritul antropologiei existențialiste. Că psihoterapia lui Daseinanalyse este compatibilă cu funcția educogenă o demonstrează apariția unei pedagogii existențialiste (BOLLNOW, KNELLER, HUBERT, GLASSER, WILLETT etc.), concepînd educa-

Scanned with OKEN Scanner

ția ca un act de „trezire" a forțelor virtuale care dormitează în om, iar scopul educației ca fiind „omul întreg" pe care-l ajută „să devină o personalitate autentică, creatoare, capabilă de comunicare interumană și de respect pentru unicitatea și alteritatea celorlalți" (S. CERNICHEVICI).

În ciuda refuzului unor psihanaliști de a recunoaște metodei lor implicații educaționale, acestea sînt lesne de evidențiat. Însuși FREUD definește metoda sa ca pe o *„posteducație"* (subliniind termenul în text) (102). Că aserțiunea nu a fost întîmplătoare o demonstrează definiția pe care o dă metodei sale în conferința ținută în anul 1904 la colegiul medicilor din Viena: „tratamentul psihanalitic poate fi considerat grosso modo ca un fel de reeducare care ne învață să învingem rezistențele interioare". Părintele psihanalizei consideră, în spiritul doctrinei sale, că la nevrotici acest fel de reeducare se impune îndeosebi în ceea ce privește „elementul psihic al sexualității lor". Aceasta deoarece „nicăieri civilizația, educația, n-a cauzat stricăciuni atît de mari și tocmai aci, după cum o arată experiența, descoperim etiologia nevrozelor asupra cărora se poate acționa, celălalt factor etiologic, elementul constituțional, este fix și imuabil" (S. FREUD, 103). Această tendință este și mai accentuată la continuatorii și dizidenții lui FREUD și îndeosebi la ALFRED ADLER, a cărui tehnică poate fi considerată o pedagogie a dificultăților de integrare.

Întemeindu-și demersul terapeutic pe o concepție științifică despre boala psihică, psihiatrii aflați pe pozițiile materialismului dialectic au acordat în mod firesc o deosebită atenție educației și metodelor educaționale. Școala lui I. P. PAVLOV a demonstrat experimental importanța deosebită a exercițiului pentru întărirea proceselor nervoase slabe și a arătat importanța unei educații corecte în copilărie pentru igiena psihică a individului. Psihiatrii sovietici acordă o deosebită importanță educației prin muncă. Dealtfel, teoria pavloviană a învățării a inspirat terapia comportamentală (Behaviour therapy), utilizată în tratamentul comportamentului obsesivo-fobic (H. S. EYSENCK, WOLPE, JONES).

Această atitudine, unanim comprehensivă față de terapia educațională, a putut fi considerată ca un element definitoriu al psihiatriei contemporane. Astfel *Manualul alfabetic de psihiatrie* al lui A. POROT (1960) (231) consemnează opinia după care reeducarea la adult deține primul loc în mișcarea de modernizare a asistenței psihiatrice, sub forma unor terapeutici educaționale diversificate: muncă dirijată sau liberă, divertismente, sporturi, participare la viața și funcționarea serviciilor psihiatrice, readaptarea la condiții din ce în ce

Scanned with OKEN Scanner

mai socializate (J. M. SUTTER, G. PASCALIS (231). Iar L. BONNAFÉ, A. CHAURAND, F. TOSQUELLES (40) definesc psihiatria însăşi ca pe o ştiinţă „în acelaşi timp medicală şi pedagogică." „Dacă termenul pedagogie aplicat adultului — scriu autorii, pare de neacceptat din punct de vedere etimologic, nu este mai puţin adevărat că anumite tehnici inspirate de cele utilizate pentru formarea personalităţii sociale la copil trebuie să fie din ce în ce mai mult folosite pentru a forma personalitatea adultului dezadaptat în vederea unei adaptări sociale corecte. Cu alte cuvinte, conduitele noastre psihagogice faţă de adult ar cîştiga dacă s-ar inspira din tehnicile posibile la copil, „firește nu sub forma unei simple copieri", ci ţinînd seama, sub aspect teoretic şi practic, „de originalitatea profundă a situaţiei adultului în societate".

Reprezentînd în esenţă o formă de psihoterapie, terapia educaţională depăşeşte în fapt limitele unei metode. Ea devine o atitudine, implică un comportament global care, dincolo de secvenţe, operează la nivelul procesului de restructurare. Înţelegerea fenomenului psihopatologic ca problematică a personalităţii globale căreia, modificîndu-i-se eficienţa funcţională, nu i se modifică în nici un fel esenţa umană, păstrîndu-i-se integral drepturile ce decurg din această esenţă, este complementară înţelegerii educaţiei ca educaţie permanentă. Personalitatea apare ca un proces ce nu cunoaşte stagnare, ca o structură vie mereu capabilă de regenerare.

Conceptul de boală psihică este astfel definit în strînsă interdependenţă cu cel de bolnav psihic, iar psihiatria se orientează spre o viziune antropologică ce reprezintă, desigur, un argument teoretic important pentru o terapie educaţională. Bolnavul va fi îndrumat spre acel nivel de echilibrare care constituie modelul sănătăţii psihice. Dar, acest model reflectă concepţia generală asupra comportamentului, structurii şi funcţiilor personalităţii în societate care, la rîndul lor, constituie un rezultat al educaţiei. Astfel că, în acele situaţii patologice se determină dezadaptări sau dezechilibrări ale personalităţii şi comportamentului, demersul psihoterapeutic coincide cu o refacere a educaţiei.

Deficitul energetic sau operaţional, afectiv sau cognitiv, nu permite însă bolnavului să realizeze el însuşi această restituţie. Este necesară intervenţia unui terapeut care cunoaşte modelul, tehnicile şi ştie să gradeze procesul de restructurare. El acţionează ca un tehnician, dar şi ca un alter-ego, ca un sistem de referinţă, ca un reprezentant al opiniei publice, ca un cunoscător al baremelor sociale în ceea ce priveşte comportarea normală, sănătatea psihică.

Scanned with OKEN Scanner

4.4. Psihologul clinician ca educator terapeut

În etapa actuală a dezvoltării tehnicilor de recuperare psihofiziologică şi psihoterapeutică, utilizarea *metodelor educaţional-terapeutice* revine într-o măsură importantă psihologului clinician care astfel îşi completează funcţia de investigaţie diagnostică şi cu o funcţie terapeutică. Împreună cu el şi alţi specialişti folosesc astfel de metode: medici, profesori de cultură fizică medicală, logopezi. În concepţia unor psihiatri (LAFON, 150), echipa de psihiatrie devine o echipă de „psihopedagogie medico-socială" în care sînt cooptaţi şi numeroşi pedagogi: educatori specializaţi, instructori pentru instruirea profesională, reeducatori ai motricităţii, ai funcţiilor senzoriale etc.

Componenta educaţională a statutului său profesional îi este recunoscută psihologului clinician de numeroşi autori. Astfel D. LAGACHE (162), promotorul şi teoreticianul psihologiei clinice în Franţa, consideră că scopul principal al investigaţiei psihologice este acela de a-l ajuta pe psihologul clinician să-şi îndeplinească obiectivul practic „de-a sfătui, a vindeca, a educa, a reeduca". În clinicile psihiatrice din S.U.A. psihologul clinician activează în domeniul terapiei vocaţionale (orientarea profesională a pacienţilor), al terapiei vorbirii, al reeducării multiple, al psihoterapiei de grup. R. W. WALLEN (301) caracterizează aceste activităţi ca pe „cele mai tentante şi mai absorbante" din cîte implică statutul profesional al psihologului clinician, ele prilejuindu-i nu numai adîncirea procesului de cunoaştere a bolnavului, ci şi o muncă de creaţie în relaţie cu acesta. Alături de psihoterapia individuală, psihologul va utiliza biblioterapia, recomandînd bolnavilor cărţi asupra căsătoriei, a creşterii copiilor sau a igienei mintale, contribuind astfel la liniştirea aprehensiunilor lor. Tehnicile utilizate în tratamentele propriu-zise variază în raport cu sarcinile şi intensitatea demersului. Sfătuirea simplă (simple counseling) reprezintă cel mai scurt şi mai puţin intens tratament. Ea se efectuează în şase pînă la opt şedinţe şi este centrată pe situaţiile stressante particulare cărora bolnavul este învăţat cum să le reziste. O tehnică mai complexă este terapia de sprijin (supportive therapy): psihologul acţionează ca un îndrumător şi sfătuitor permanent. În cadrul şedinţelor, el comentează motivaţiile actelor pacienţilor, obligîndu-i pe aceştia să reexamineze efectele acestor acte. În acest mod psihologul îi va reeduca pe pacienţi, determinîndu-i să renunţe la atitudini ce contrazic realitatea şi făcîndu-le cunoscute posibilităţile de autoperfecţionare.

Tot la îndrumare (guidance) şi sfătuire (counseling), ca activităţi educaţionale specifice activităţii terapeutice a psihologului clini-

Scanned with OKEN Scanner

cian, se referă și S. L. GARFIELD în lucrarea sa Introductory Clinical Psychology (1957). Prima implică orientarea, influențarea, direcționarea activității și comportării subiectului, cea de-a doua se centrează pe restructurarea atitudinii și afectivității subiectului, pe rezolvarea tulburărilor personalității.

Pentru G. WILSON SHAFFER și R. S. LAZARUS (306) funcția terapeutică esențială a psihologului clinician constă în desensibilizare și reeducare. Indivizii dezadaptați (maladjusted), care reacționează la anumite situații sau idei cu o sensibilitate exagerată, sînt supuși unui proces de desensibilizare care constă în fapt dintr-o reeducare a comportamentului. Înlocuirea proastelor obiceiuri cu altele pozitive și rezolvarea conflictelor pe care învățarea unor noi comportamente le poate genera prin ciocnirea cu vechile deprinderi constituie, de asemenea, după acești autori, obiective ale activității psihologului clinician.

În sfîrșit A. KATZENSTEIN (150), psiholog clinician din R.D.G., consideră ca aparținînd sferei de acțiune a psihologului în clinica de psihiatrie contribuția la instaurarea unui regim terapeutic protector (Heilschutzregim) în cadrul unui regim al zilei axat pe activitate, organizarea timpului liber, contacte interumane, avînd ca scop „ridicarea conștiinței de sine și a demnității omenești a bolnavului".

Într-o lucrare anterioară (A. DOSIOS, S. ALEXANDRU, V. NEICU, 83), noi am consemnat ca sarcini cu caracter educațional ale psihologului clinician psihoterapia rațională, colectivă, ergoterapia, organizarea regimului de viață al bolnavilor, educația sanitară a bolnavilor și familiilor lor.

Pentru ca metodele educaționale să aibă o eficiență terapeutică, situațiile la care sînt aplicate trebuie să fie investite cu caracteristici educaționale, să poată fi problematizate ca chestiuni de educație: ale personalității, ale unor procese psihice, ale capacității de relație, ale priceperilor și deprinderilor etc., să se înfățișeze ca un deficit de tip educațional. Mai mult, se poate afirma că educatorul-terapeut, deși acționează în contextul unor structuri nozologice bine determinate, nu se poate considera pe sine ca un terapeut al schizofreniei, psihopatiei, nevrozelor etc., ci exclusiv ca participant la restructurarea unor deficite funcționale cu caracter educațional: dificultăți școlare, scăderea eficienței unor procese psihice, destructurări ale comportamentului secundar, unor greșeli de educație, nerealizări ale nivelului de aspirație, tulburări de vorbire, deficite ale deprinderilor de activitate, imaturitate afectivă etc., situații care pot beneficia de învățare și educare.

Scanned with OKEN Scanner

În practica curentă a psihologului clinician se pot evidenția următoarele situații, problematizabile ca situații educațional-terapeutice:

1. Deficitul psihic global — oligofrenii de diferite grade care solicită stabilirea unor programe instructiv-educative corespunzătoare și instruirea celor ce le vor aplica — atunci cînd subiecții nu pot fi școlarizați.

2. Deficitul psihic parțial, corespunzător unei leziuni organice; secundar traumelor cranio-cerebrale, epilepsiei, diferitelor tipuri de encefalopatii, și care limitează capacitatea de recepție a individului și eficiența demersului educațional obișnuit, fără a obliga la școlarizarea într-o școală ajutătoare. În aceste cazuri, pe baza examenului psihologic, se elaborează, în strînsă interrelație cu tratamentul medical, regimuri medico-pedagogice, se dau indicații metodice și se controlează efectele prin reexaminări frecvente.

3. Tulburări funcționale ale unor procese psihice cu caracter reversibil: ale eficienței intelectuale, ca în cerebrastenii sau în nevroze, ale memoriei, atenției sau limbajului, ale lexiei și grafiei.

Prin exerciții adecvate se reface dinamica activității psihice.

4. Devieri intelectuale și comportamentale în contextul unor boli psihice: schizofrenie, stări paranoide, psihopatii grave. În aceste cazuri demersul educațional acționează în cadrul terapiei ocupaționale și psihoterapiei de grup în scopul resocializării comportamentului.

5. Tulburări de comportament la adolescenți, secundare unor greșeli de educație sau sociopatii. Psihoterapia rațională, restructurarea regimului pedagogic, acțiunea educativă asupra familiei sînt solicitate educatorului terapeut.

6. Deficite de structurare a personalității, întîrzieri afective (în lipsa unor deficite intelectuale), trăsături psihopatoide, dificultăți de adaptare la grupul social, tulburări ale voinței de tip psihasteniform etc., care impun reeducarea personalității, a comportamentului, a afectivității de relație.

7. Tulburări de reactivitate a personalității, în contextul unor tulburări neurasteniforme cu elemente reactive și depresive, dificultăți care pun în discuție capacitatea de răspuns a bolnavului la solicitările ambianței. Demersul educațional, utilizînd informația și activitatea, urmărește restructurarea funcțională a personalității.

8. Recuperarea funcțiilor lezate prin afecțiuni localizate ale creierului și îndeosebi reeducarea vorbirii la afazici.

Firește, enumerarea de mai sus nu este exhaustivă. În practică apar numeroase situații particulare care ar putea fi clasificate în mai multe dintre categoriile amintite sau rămîn în afara acestora.

Scanned with OKEN Scanner

Numărul mare de factori endogeni și exogeni, sociali, psihologici etc. ce concură la apariția unei destructuri psihopatologice conferă acestor situații o variabilitate tipologică individuală care implică o problematică vastă. Medicația psihotropă a lărgit însă în mod apreciabil spectrul de aplicabilitate al metodelor educaționale.

Este necesar să precizăm că, pentru a intra în sfera de acțiune a educatorului terapeut, deficitele și tulburările amintite trebuie să prezinte o intensitate nevrotică sau psihotică, să constituie boli, singurele situații care justifică conceptul de terapie. În lipsa unei asemenea intensități, ele rămîn în cîmpul de preocupări al educatorilor (cînd apar la copii și adolescenți) și al societății, al colectivului de muncă, familiei etc. (atunci cînd apar la adulți). Patologizarea excesivă a oricărei reacții ce nu corespunde normei nu are un suport științific și nu este utilă subiectului. Dar, dacă este adevărat că nu orice tulburare de comportament este un simptom de boală psihică, este tot atît de adevărat că, adeseori, simptome reacționale aparent beningne pot reprezenta în fapt semnele prevestitoare ale unor procese patologice grave.

Deosebirile existente între diferitele probleme ce stau în fața actului educațional terapeutic se reflectă desigur și în metodologia prin care se încearcă rezolvarea lor. Însă, fără deosebire de situație, relația educațional-terapeutică reprezintă modalitatea fundamentală, cadrul esențial al demersului restitutiv.

Într-un studiu pertinent asupra actului interpersonal, P. BOTEZATU (45), sublinia acțiunea „persoanei ca excitant" declanșînd „persoana ca răspuns". Încă de la începuturile dialogului interuman (interrelația adult-copil) persoana acționează ca un stimulent „specific și tonifiant" cu o funcție dinamogenă. Această aserțiune își găsește o motivare plenară în contextul situației psihoterapeutice și îndeosebi atunci cînd această situație prezintă o structură educogenă.

În condițiile particulare ale bolii psihice, psihologul clinician, acționînd ca educator-terapeut, reprezintă prin el însuși un factor terapeutic. Sistem de referință, punct de sprijin în universul dezorganizat al bolnavului, psihologul clinician poate reprezenta un „medicament" mai mult sau mai puțin adecvat, în raport cu gradul de comprehensiune umană și de tehnicitate ce-i sînt proprii.

Demersul său debutează cu momentul cunoașterii bolnavului. Acesta se realizează prin intermediul unui examen psihologic amănunțit în care se intrică examinarea experimentală de laborator și contactul uman nemijlocit, prin convorbiri.

Pe baza rezultatelor obținute și în colaborare strînsă cu medicul se determină modalitățile practice ale aplicării actului educațional la cazul respectiv, natura, durata, intensitatea demersului

Scanned with OKEN Scanner

restructurant. Menținerea contactului cu bolnavul în timpul spitalizării și controlul catamnestic prelungit consolidează rezultatele obținute.

Fiecare bolnav pune educatorului-terapeut o problemă particulară. Ea se constituie ca atare la confluența unui mare număr de factori, dintre care citãm: a) factorul nozologic sub aspectul său general (ca modalități generale destructurante) și individual (ca modalitate specifică de acțiune la un anumit bolnav și de reacție a acestuia la situația de boală); b) personalitatea premorbidă a bolnavului (pregătirea profesională, cultura generală, experiența de viață); c) eficiența funcțională remanentă a funcției de restructurat; d) capacitatea de progres; e) dorința de colaborare, participarea afectivă; f) vîrsta; g) nivelul de comprehensiune manifestat de ambianță (posibilitățile concrete de respectare a regimului pedagogic); h) nivelul la care se va putea realiza reinserția în mediul profesional.

Boala ca atare creează cadrul general în care se va manifesta, în accepția sa terapeutică, actul educațional; ea prescrie limitele în care demersul educațional este compatibil cu restructurarea bolnavului și modalitățile în care el poate fi aplicat cu satisfacerea regulii „primum non nocere"; diferitele etape ale bolii imprimă terapiei educaționale o dinamică adecvată oscilațiilor receptivității bolnavului; în sfîrșit, natura și intensitatea bolii determină locul actului educațional în strategia terapeutică generală, momentul „tactic" al intervenției educaționale, dozajul interacțiunii sale cu alte metode de tratament.

Modalitățile individuale de manifestare ale bolii influențează nemijlocit practica terapiei educaționale. Aci își găsește aplicarea principiul respectării particularităților individuale, axiomă a practicii educaționale. Ne referim nu atît la particularitățile persoanei ca atare, cît la întîlnirea acestora cu situația patologică, la rezistența pe care persoana o poate opune, sub aspect fiziologic și psihologic, agresiunii patologice.

Personalitatea premorbidă a bolnavului indică educatorului-terapeut nivelul de educabilitate al bolnavului, capacitatea sa de recepție și de reacție. Pregătirea școlară anterioară îmbolnăvirii este deosebit de importantă pentru reușita demersului restructurant căci, în condițiile aceluiași stress, din ceea ce a fost mai mult sub aspect cantitativ și calitativ rămîne de obicei mai mult decît din ceea ce a fost mai puțin din punctul de vedere considerat. O bună pregătire profesională implică existența unor comportamente operaționale solide, pe temelia cărora se poate ulterior reconstrui. Dimpotrivă lipsa unor achiziții elementare îl obligă pe educator să le suplinească.

Scanned with OKEN Scanner

Eficiența funcțională remanentă în urma îmbolnăvirii, existentă în momentul inițial al procesului educațional, influențează nemijlocit desfășurarea ulterioară a demersului restructurant, sub aspectul conținutului și metodei, precizînd direcția acțiunii. Examinarea psihologică a bolnavului urmărește și alcătuirea acestui „inventar funcțional", în raport cu care se vor determina obiectivele educaționale posibile în situația respectivă. Ulterior se va evidenția un alt element fundamental al terapiei educaționale: capacitatea de progres a bolnavului. Ea poate fi uneori mascată de particularități comportamentale, afective etc., dar și realmente sever redusă ca efect al unor deficite organice și ca atare pune în discuție utilitatea efortului depus.

Dorința de cooperare a bolnavului, participarea afectivă pozitivă reprezintă, de asemenea, un element important în optimizarea unei situații educațional-terapeutice, o atitudine constructivă din partea subiectului putînd influența corespunzător întreaga metodologie ce se aplică. Acceptarea cooperării nu este însă îndestulătoare, ea implică, spre a se obiectiva, și capacitate de a coopera demonstrată prin înțelegerea și aplicarea corespunzătoare a instructajelor, participare conștientă și activă, continuitate în activitate, posibilitatea achiziției și fixării informației, un nivel îndestulător al eficienței operaționale a gîndirii, o atenție relativ stabilă. În cazul în care aceste condiții nu sînt întrunite, procesele psihice înseși devin obiect al reeducării, ele fiind supuse unui antrenament adecvat.

Cooperarea este însă necesară și din partea ambianței, familiei care trebuie să sprijine sub aspect afectiv eforturile bolnavului și să asigure aplicarea regimurilor pedagogice.

În sfîrșit, nivelul la care reinserția este posibilă (în cazul deficitelor stabilizate, al unor sechele relativ importante) influențează de asemenea definirea problemei de rezolvat sub aspectul reprofilării profesionale și ca atare al structurii corespunzătoare a procesului educațional.

Metodele și procedeele de care dispune educatorul-terapeut pentru a rezolva problemele ce decurg din interacțiunea acestor factori nu reprezintă în nici un fel reflexul spontan al unui teoretician înarmat cu adevăruri generale și dotat cu imaginație, ci sînt rezultatul unei lungi evoluții. Cuvîntul, exercițiul fizic, munca, opera de artă, grupul social, activitatea de învățare, contactul uman și-au dezvăluit valențele terapeutice în decursul unui proces de integrare și diferențiere, care s-a născut odată cu medicina însăși. În capitolul următor ne propunem să parcurgem acest drum, reconstituind cadrul istoric în care s-a dezvoltat și format actul educațional terapeutic, s-a evidențiat și fundamentat funcția terapeutică a educației.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul V

ORIGINILE EDUCAȚIEI TERAPEUTICE

5.1. Considerații generale

Presupunerea că un act educațional ar putea fi utilizat cu o finalitate terapeutică apare de timpuriu în conștiința umanității. Implicate la început practicilor medicale empirice, așa cum apar la vechile popoare orientale, uneori într-un context magic și mistic, actele educaționale au fost utilizate de preoții-medici pentru a inculca credincioșilor sisteme de reguli și deprinderi de cult, care nerespectate puteau avea ca efect apariția unor grave consecințe patologice. Cînd aceste consecințe totuși apărea, pacienții sau cei apropiați lor erau învățați cum să se comporte pentru a obține iertarea zeilor ofensați.

Ulterior, civilizația elină întemeindu-și cultura pe conceptul de echilibru al omului cu natura și cu sine însuși, iar boala fiind socotită ca o tulburare a acestui echilibru, s-a considerat că refacerea și păstrarea sănătății ar putea beneficia de pe urma aplicării unor metode, ca exercițiul fizic, creația artistică, persuasiunea morală. Descoperirea imensei puteri a logosului, meditațiile cu privire la om, la viață și la moarte, așa cum apar ele în cadrul școlilor filozofice (îndeosebi la chinezi, indieni și elini), relevarea efectului cathartic al „înțelepciunii" și, ca atare, al „învățăturii" care duce spre înțelepciune, al ajutorului pe care „învățătorul" îl poate da discipolilor spre a birui dificultățile existenței și chiar „anxietatea originară" — generează multiple relații între medicină și filozofie.

În acest context se evidențiază tema raporturilor între suflet și corp și, implicit, convingerea multor spirite superioare că cei doi termeni ai ființei umane se află într-o strînsă interacțiune și că tind permanent spre sinteză. La aceasta se adaugă (îndeosebi în cultura elină) cultivarea corpului ca o condiție a sănătății spiritului și des-

coperirile psihologice fundamentale (excepţionala putere a exerciţiului) pe care le datorăm civilizaţiei indiene (tehnicile yoga).

Cuvîntul şi exerciţiul, sfatul şi regimul ca instrumente de bază, dar mai ales relaţia educaţională ca factor de acţiune fundamental reprezintă nucleul în jurul căruia s-au acumulat şi s-au structurat ulterior achiziţiile fiziologiei şi psihologiei, clinicii şi terapiei medicale, sociologiei, ale pedagogiei în toate aspectele sale.

Eminentul medico-istoric român, prof. V. L. BOLOGA (39), observa că termenul *medicina* derivă din substantivul latin *medicina* avînd ca verb corespunzător pe *medeor-eri* care, în diateza activă înseamnă: a vindeca, a lecui, a curarisi, a îngriji, a preveni, a ajuta, a veni în ajutor. Or, verbul *medeor* se află în raport de filiaţie directă cu *meditor* care înseamnă: a medita, a-şi bate capul cu ceva, a se ocupa intens cu ceva, a cugeta asupra unui lucru, a ţine seama de ceva, a se pregăti pentru ceva. Autorul consideră relaţia motivată prin aceea că, pentru a putea lua o atitudine activă, adecvată pe plan terapeutic, este necesară o încordare a facultăţilor psihice. Dar *meditor* mai înseamnă şi: a se exersa, a studia (251), filiaţie care ar putea reflecta acel moment sincretic din istoria funcţiei terapeutice în care legislatorul, cărturarul şi terapeutul se unesc în persoana sacerdotului (la popoarele mediteraneene, în Extremul orient, în America centrală şi meridională). În temeiul acestui statut sacerdotul îndeplineşte şi o funcţie de „educator absolut", el vindecă sufletul aşa cum vindecă trupul şi păzeşte sănătatea enoriaşilor săi precizînd „etiologia" moral-religioasă a unor boli şi indică remedii dictînd reguli de comportament în scop „profilactic".

5.2. Elemente de terapie educaţională în medicina Orientului antic

Cea mai veche formă de terapie pare a fi fost sfatul. Bolile au existat, firește, înainte de apariţia medicilor şi ele au prilejuit constituirea unei experienţe terapeutice întemeiată pe practici empirice care era transmisă prin intermediul sfatului. Găsim la HERODOT o relatare semnificativă în legătură cu ceea ce s-ar putea denumi „originea informaţională" a terapiei medicale. „Cum ei (mesopotamienii, n.n.) — scrie HERODOT — nu au medici, transportă pe bolnavi în pieţele publice; fiecare se apropie şi dacă a avut aceeaşi boală sau a avut pe cineva care a avut-o, îl ajută pe bolnav cu sfaturile sale şi-l sfătuieşte să facă ceea ce a făcut el însuşi sau ceea ce a văzut că au făcut alţii pentru a scăpa de o astfel de boală. Nu este îngăduit să se treacă pe lîngă un bolnav fără a-l întreba care îi este răul" (119), (124).

Scanned with OKEN Scanner

Aşadar actul terapeutic este condiţionat de transmiterea nemijlocită a unor cunoştinţe din experienţa personală a sfătuitorului. Ulterior această modalitate a relaţiei interpersonale care este sfătuirea va implica prezenţa unui „specialist" care va sistematiza cunoştinţa empirică şi-i va da o formă adeseori ermetică. Sfatul va rămîne însă un instrument de uz curent al terapeutului. Importanţa sa, din punctul nostru de vedere, constă mai ales în aceea că, atunci cînd educatorul va pătrunde în echipa terapeutică, va găsi aci o atmosferă comprehensivă faţă de modalitatea sa de acţiune, care este mai ales sfătuirea, consilierea datorită îndelungatei tradiţii în practica medicală a îndrumării şi sfătuirii bolnavului.

Boala este adeseori prezentată (la vechii egipteni, la chinezi, la indieni) ca o sancţiune punitivă a unor comportamente necorespunzătoare. Şi Iahve, dumnezeul unic al vechilor evrei utilizează boala ca o pedeapsă pentru greşelile supuşilor săi. În acest context păstrarea sănătăţii implică şi respectarea unor norme comportamentale, iar vindecarea bolii presupune tratative complicate cu demonii răufăcători.

Atitudinea terapeutică în vechea medicină egipteană poate fi, aşa cum arată I. BANU (39), *implorativă* (zeul este atotputernic, omul nu este nimic, tot ce poate face omul este să-i implore mila prin solicitări, linguşiri şi ofrande, vindecarea este rezultatul bunăvoinţei zeului, deci caracteristica unei mentalităţi mitice), sau *imperativă* (omul, sau mai exact magicianul, luptă cu forţele demoniace prin vrăji, descîntece, rituri etc. şi poate să le învingă, caracteristica unei mentalităţi magice). În ambele cazuri, bolnavul însuşi este pus în situaţia de a interveni direct în propria vindecare, fie sub conducerea nemijlocită a terapeutului fie pe baza instruirii primite, ca să-i fie de folos cînd împrejurările ar solicita-o. El va învăţa formule de implorare, „tehnicile" unor rituri (jertfele în cinstea zeului), descîntece, imprecaţii, procedee de înspăimîntare a demonilor. Aceste iniţieri au, firesc, un caracter foarte limitat, medicina avînd un caracter esoteric şi fiind ca atare, în mare măsură, un monopol al preoţilor. Dar chiar şi în această epocă se simte, fie şi într-o măsură foarte redusă, necesitatea participării active a bolnavului la propria sa vindecare şi a unei „instruiri" în acest scop.

Cuvîntul este frecvent utilizat în medicina egipteană. El posedă o valoare magică, incantatorie, o deosebită forţă de sugestie. Uneori el este folosit exclusiv de medic, alteori bolnavul însuşi trebuie să înveţe a-l folosi pentru a obţine vindecarea. Această „învăţare", în scopuri terapeutice îl ajută pe bolnav să se integreze activ relaţiei trifactoriale: factorul divin sau demoniac, acţionînd ca factor „etiologic", bolnavul şi medicul. Îndeosebi, se cere cuvîntului să

Scanned with OKEN Scanner

potenţeze acţiunea benefică a medicamentului. „Puternică e formula (magică) dacă e legată de medicament şi invers“ — se spune în papirusul Ebers (39). Pe măsura dezvoltării medicinii ştiinţifice, practici magice au mai rămas doar în medicina populară, unde şi astăzi găsim formule magice cu presupuse virtuţi terapeutice, însă nu lipsite de o certă valoare psihoterapeutică, pe care bolnavii trebuie să le înveţe pentru a le utiliza la nevoie. Nu întîmplător, multe din aceste utilizări terapeutice ale cuvîntului sînt subsumate „terapiei“ bolilor sufleteşti (descîntece de tristeţe, de dragoste, de deochi etc.).

Uneori, descîntecul propriu-zis este sprijinit de anumite „regimuri“, implicînd o alimentaţie adecvată, dar şi respectarea unor reguli de comportare menite să-l apere pe bolnav de mînia zeului sau să-i facă pe demoni inofensivi.

5.3. Cultura fizică în medicina Chinei antice

Cultura fizică medicală îşi află începutul în vechea medicină chineză şi este nemijlocit asociată concepţiei acesteia dialectice despre sănătate şi boală ca echilibru între principiile Yang şi Yin. Natura intimă a universului se manifestă prin activităţile pozitive ale principiului Yang şi prin cele negative ale principiului Yin. Nici unul din aceste principii nu exercită o acţiune în întregime pozitivă sau în întregime negativă. Prin intermediul unei grandioase construcţii analogice care înglobează totalitatea formelor şi manifestărilor existenţei, tot ceea ce există şi ca atare este supus mişcării, inclusiv omul, se consideră universul ca forme de manifestare deosebit de variate ale combinaţiilor acestor două activităţi fundamentale şi universale. Macrocosmosul şi microcosmosurile sînt subsumate aceloraşi principii active. Cînd cele două forţe se află în echilibru energia vitală curge regulat şi liber în organism. Aceasta este sănătatea. Cînd echilibrul se rupe, energia circulă fie în exces dînd naştere unei maladii Yang, fie insuficient determinînd astfel apariţia unei maladii Yin. Numai echilibrul perfect al celor două forţe antagonice asigură sănătatea, excesul acţiunii unuia sau reducerea acţiunii celuilalt înseamnă boală.

Yang reprezintă o forţă constrictivă, accelerativă, hipertensivă, tonifiantă, catabolică, de cheltuire, acţionînd prin intermediul marelui simpatic şi conduce, în exces, la simpaticotonie.

Yin este o forţă dilatatorie, moderatoare, frenatoare, hipotensivă, calmantă, anabolică, braditrofică, de economisire. Interesează sistemul vag, nervul pneumogastric sau parasimpaticul. Dă în exces vagotonie.

Scanned with OKEN Scanner

Terapeutul va determina cauza dezechilibrului (hiperfuncţia lui Yang sau hipofuncţia lui Yin) şi va regla influxul nervos fie prin metode cantitative (alopatice), fie calitative (homeopatice) (LA FUYE, 161).

Or, printre metodele terapeutice utilizate se numără şi metodele de cultură fizică medicală, unele dintre ele reprezentînd creaţii metodice originale. Aşa este de pildă „Jocul celor cinci dobitoace" propus de Huao Thuo, medic ilustru. Mişcările sînt determinate cu grijă, în raport cu efectele lor igienice şi terapeutice şi tind să imite comportamentul motor al tigrului, cerbului, ursului, maimuţei sau cocorului (39).

Principiul intuiţiei a fost astfel folosit în scopuri terapeutice, realizîndu-se înţelegerea mai uşoară de către pacienţi a exerciţiilor pe care trebuia să le înveţe şi să le aplice. Cunoscutul istoric al medicinii M. DRAZEN GRMEK (115) relevă traducerea în limba franceză a unui amplu tratat de Kineziterapie[1] (Kong fu) efectuată de către misionarul J. J. Marie Amiot care a trăit în China, în secolul al XVIII-lea.

Acest tratat a fost publicat în volumul al IV-lea al culegerii în 15 volume editată între 1776—1791 de BALTEUX şi BREQUIGNY. GRMEK considera că traducerea lui AMIOT l-a inspirat probabil pe P. H. LING, creatorul gimnasticii suedeze.

5.4. Hatha yoga — primul sistem constituit de educaţie terapeutică

Legile lui Manu (sec. II î.e.n.) stabilesc o relaţie de cauzalitate între sănătate şi respectul datorat bătrînilor. „Spiritele vitale ale tinerilor" — afirmă legiuitorul — par a fi pe punctul de a se revărsa atunci cînd se apropie un bătrîn. Dacă tinerii se ridică şi salută, ei reţin astfel spiritele vitale şi-şi păzesc sănătatea. Cel care obişnuieşte să-i salute pe cei mai în vîrstă şi le acordă respect vede crescîndu-i durata vieţii, ştiinţa, renumele şi forţa (Manu II, 120, 121 citat de TH. FRITZ (104).

O contribuţie indiană deosebit de însemnată la constituirea unei terapii educaţionale o reprezintă însă tehnicile yoga şi îndeosebi Hatha yoga. Descoperirile psihologice ale yoghinilor îndeosebi în ceea ce priveşte tehnicile concentrării şi relaxării au influenţat nemijlocit tehnicile moderne de destindere.

[1] Kineziterapie: cultură fizică medicală (terapeutică prin mişcare).

Scanned with OKEN Scanner

Sistemul Yoga creat de PATANJALI este definit de JAWAHARLAL NEHRU (210) ca o metodă de disciplinare a trupului și minții prin aplicarea căreia se obține o educare psihică și spirituală. Printr-un antrenament psihic corespunzător se ajunge la nivele mai înalte ale conștiinței. Ca atare Yoga nu poate fi considerată ca o simplă gimnastică medicală, ci reunește practici fizice, tehnici meditative, principii de conduită morală, idealuri metafizice care acordă celor ce le practică o autonomie spirituală și fiziologică (S. AL. GEORGE, 37). Yoghinii postulează strînsa interdependență între psihic și fizic putînd fi considerați ca niște precursori ai psihosomaticii; ei au creat „un vast sistem practic de autocultivare care îmbină dezvoltarea armonioasă a potențialurilor corporale, intelectuale și psihice ale omului pentru a-l duce la o stare ideală, fizică și sufletească" (Shry Yoghendra, citat de A. MILANOV, I. BORISOVA (197). În accepția filozofiei Yoga, omul este o concentrare și armonizare de energii; materia ca și conștiința sînt forme de energie pulsatilă; ele se manifestă ca forță (Rajas), inerție, masă (Tamis), armonie, echilibru (Sattva). Energia se manifestă ca forță de instrucție, conservare, distrugere. Disociindu-se de natură datorită evoluției sale specifice, omul trebuie să se întoarcă prin mijloace proprii la unitatea și armonia universală (DESMOND DUNNE (272). Spre a realiza acest obiectiv, omul trebuie să-și urmeze rațiunea, inspirația este o dezvoltare a rațiunii, intenția trece prin rațiune. Gîndirea este acțiune, iar experiența, singurul izvor al cunoașterii (NEHRU) (210). Hatha Yoga este o ramură a concepției Yoga care s-a specializat exclusiv în explicitarea și amplificarea tehnicilor preliminare ale meditației. MIRCEA ELIADE (89) observă că toată literatura hatayogică acordă o atenție specială fortificării organelor umane. Dacă la început un corp sănătos reprezenta o condiție a meditației, cu timpul „mijlocul a devenit scop" și forța, sănătatea, durata corpului au devenit obiectivele principale. „Meditația a cedat din ce în ce mai mult în fața fiziologiei" (M. ELIADE).

Exercițiile Hatha Yoga urmăresc trei obiective: controlul asupra conștienței, controlul asupra respirației (pranajama) și pozițiile fizice (asana). Ele au un caracter gradat, sînt strict individualizate, presupun o viață ireproșabilă din punct de vedere moral. Urcînd treaptă cu treaptă spre cele mai complexe asana, yoghinul învinge cele nouă obstacole care stau în calea concentrării: boala (perturbarea echilibrului fiziologic), lenevia spirituală, nehotărîrea, insensibilitatea, inerția, senzualitatea, instabilitatea, durerea, falsa cunoaștere (M. ELIADE) și devine astfel conștient de propriul său corp putînd să-i controleze activitatea, să-i dirijeze funcțiile și reacțiile, să-i confere forță vitală, sănătate, armonie, longevitate.

Tehnicile Yoga cuprind mai multe etape:

În etapa I se urmărește concentrarea (dbarana) prin antrenarea atenției în sensul focalizării pe un singur obiectiv și al eliminării percepțiilor senzoriale care nu sînt aferente acestuia.

Scanned with OKEN Scanner

În etapa a II-a, se urmărește realizarea meditației (dhyana): concentrarea ajunge la o astfel de intensitate încît subiectul, căutînd să pătrundă natura obiectului asupra căruia s-a concentrat, pierde conștiința relației dintre el și obiect.

În etapa a III-a se obține extazul (samadhi). Orice diferență între subiect și obiect dispare. Conștiința ajunge la cel mai înalt grad de puritate, întreaga ei forță este potențată la cel mai înalt nivel de intensitate.

Multiple și variate exerciții îngăduie Yoghinilor să parcurgă treptele spre „samadhi". Deosebit de importante sînt exercițiile de vizualizare prin intermediul cărora se realizează reprezentări ale unor imagini și scene cu acuitatea percepției nemijlocite și cu respectarea detaliilor de formă și culoare; exercițiile pentru conștientizarea „impresiilor psihice reziduale (samskara)" din zonele obscure ale conștiinței și tehnicile folosite pentru păstrarea continuității între starea de veghe și cea onirică „unificare a tuturor etapelor psihice ale persoanei care devin obiectul unei vigilențe lucide". Ne aflăm așadar în fața unei autentice „programe" educațional-terapeutice și a unei „metodici" minuțioase pentru realizarea ei.

Verificate prin metode moderne de investigație (E.E.G., E.K.G.) modificările organice obținute prin utilizarea tehnicilor Yoga au apărut unor cercetători contemporani (CH. LAMBRY și THÉRESE BROSSE) atît de importante încît au socotit îndreptățită concluzia că au fost confruntați cu o fiziologie „umană" diferită de simpla fiziologie animală. Ritmurile bioelectrice cerebrale, reacțiile electrodermale, variațiile circulatorii periferice sînt profund influențate. Ritmurile cardiace sînt remodelate într-o asemenea măsură încît s-a putut vorbi despre „instaurarea unui nou regim de funcționare a inimii în cadrul unei noi homeostazii, coincizînd cu modificări neurologice și biochimice semnificative (S. AL. GEORGE, 39).

5.5. Filozofie, educație și terapie în medicina Eladei antice

Modul în care erau considerate relațiile dintre psihic și baza sa materială, dintre om și natură, sănătate și boală, consecințele etice ale unor astfel de concepții, legătura strînsă dintre medicină și filozofie cărora li se recunoștea puterea de a vindeca trupul și sufletul au înlesnit dezvoltarea metodelor educaționale în terapeutica greacă. DEMOCRIT spunea că „medicina vindecă metehnele corpului, filozofia pe cele ale sufletului (77).

Încă vechile mituri eline consemnează un caz de tratare a unor afecțiuni psihice printr-o terapie complexă implicînd și procedee educaționale. MELAMPOS le-a vindecat pe fiicele „demente" ale lui Ipicles cu rădăcini de

Scanned with OKEN Scanner

elabore, băi, exerciții și diferite „munci" care necesitau un efort susținut. În fapt, prințesele au fost „reeducate" schimbîndu-li-se regimul de viață princiar printr-unul bazat pe muncă (52).

Miticul ASCLEPIOS număra printre metodele artei sale cuvîntul. PINDAR spune: „ASCLEPIOS îngrijea cu cuvîntul, leacurile și cuțitul". Sînt enumerate deci trei metode terapeutice fundamentale: psihoterapia, medicamentul și chirurgia. Dar și ZOROASTRU afirmase: medicul îngrijește prin cuvînt, plante și cuțit (163). ASCLEPIOS îngrijea leziuni și boli grave printr-un tratament psihic. El recomanda să se imprime pasiunilor o direcție folositoare, să se asculte cîntece și poeme, să se asiste la reprezentații comice, să se practice scrima, echitația, șahul. Fondatorul medicinii, supranumit de greci Iatros (medicul), Orthios (cel ce reface, cel ce îndreaptă din nou) și Soter (salvatorul) adăuga la procedeele enumerate mai sus și sfaturile date bolnavilor. ESCULAP — recunoaște GALEN — ne-a furnizat dovada că multe boli grave se pot vindeca numai prin efectul impresiei morale. El sfătuia pe cei ce-și încălziseră prea mult corpul prin pasiuni vii să asculte lectura unui poem, imnuri, să asiste la reprezentarea unei comedii burlești. Recomandîndu-le echitația și scrima, le indica armele și mișcările. În templele lui Esculap, sofiștii și filozofii îi ajutau pe preoți să explice pacienților efectele pozitive ale puterii zeului-medic în vindecarea diferitelor boli, realizînd o autentică terapie prin sugestie (M. MOLLET, 200). În Asclepion (templu al lui Asclepios cu funcții terapeutice) se utilizează cu bune rezultate logoterapia, mai ales sub aspectul ei persuasiv, constituind un adevărat „tratament verbal". Pentru a se putea vindeca, bolnavii trebuiau să-și restructureze atitudinea morală, să se pună în acord cu normele etice și religioase. „Cine vrea să pătrundă în aceste locuri, scrie la intrarea asclepionului din Epidaur, trebuie să aibă sufletul curat" (108). Tot în scopuri terapeutice, oratorul ARISTIDE a compus versuri și discursuri cîntate de zece coruri de adulți și copii (200). PITAGORA „filozoful care a luat preoților medicina" cum îl caracterizează PORFIRIUS în *De vita Pythagoras* se ocupa nu numai cu dietetica și cu tămăduirea rănilor, ci și cu afecțiunile sufletului. Pentru a-și păstra autoritatea folosea și descîntece, dar în fapt utiliza „metode naturale": consolarea bolnavului, muzică, jocuri (108).

Un loc deosebit de însemnat ocupa în viața cotidiană a grecilor educația fizică. În palestre sau gimnazii, pedotribii elaborau exerciții gradate și cunoșteau arta dozării eforturilor. Ei practicau de fapt ceea ce se numește astăzi „ortomedicina" sau medicina sănătății, prescriind „diete" prin care se recomanda discipolilor un program de viață și un regim alimentar corespunzător constituției fiecăruia și cheltuieli de energie corespunzătoare exercițiilor efectuate în perioada respectivă. Arta de a prescrie „dieta" se întemeia pe experiența multiseculară a instructorilor sportivi olimpici.

Scanned with OKEN Scanner

HERODICOS din Selimbria, citat şi de PLATON în mai multe opere, utilizează educaţia fizică în scopuri medicale, tratînd prin alergare şi luptă bolile febrile. Unii (L. P. A. GAUTHIER) îl consideră ca inventator al gimnasticii medicale. GAUTHIER afirmă că „medicina gimnastică" a contribuit la slăbirea influenţei preoţilor şi a medicinii exercitate în temple (108). Medicii hipocratici se pregăteau mai ales în ce priveşte dietele observînd în gimnazii arta acestor autentici educatori terapeuţi care erau pedotribii. G. BRĂTESCU (46) consideră că „elaborarea de către hipocratici a celei dintîi doctrine medico-biologice referitoare la omul integral, încadrat în mediul fizic şi social a fost deci condiţionată, printre altele, de sistematizarea şi interpretarea imensului material faptic ce a rezultat din studierea mijloacelor prin care organismul devine puternic şi armonios, premisă a forţei morale şi a echilibrului spiritual".

Comparate cu tratamentul aplicat bolnavilor psihici în veacurile următoare, aceste metode empirice au putut să apară invidiabile într-o asemenea măsură încît, la începutul secolului al XIX-lea, marele psihiatru francez. PH. PINEL a putut cita, după *Nosographie philosophique*, acest tablou mirific al tratamentului melancolicilor „în vechiul Egipt".

„Existau temple dedicate lui Saturn, unde melancolicii se duceau grămadă şi unde preoţii, profitînd de credulitatea lor, secondau vindecarea lor pretins miraculoasă, cu toate mijloacele naturale pe care le poate sugera igiena: jocuri, exerciţii recreative de toate felurile instituite în aceste temple, picturi voluptoase, imagini seducătoare oferite pretutindeni privirii bolnavilor; cîntece din cele mai plăcute, sunetele cele mai melodioase fermecau adeseori auzul; şi se plimbau în grădini pline de flori, printre boschete împodobite cu o artă aleasă, cînd erau făcuţi să respire un aer proaspăt şi sănătos dinspre Nil, în bărci împodobite şi în mijlocul concertelor cîmpeneşti; cînd erau duşi în insule strălucitoare unde, sub semnul unei divinităţi protectoare, li se ofereau spectacole noi şi ingenioase şi o societate aleasă. Fiecare clipă era consacrată unei scene comice, unor dansuri groteşti, unui sistem de amuzamente diversificate şi susţinute prin idei religioase" (226).

Această Arcadie a melancolicilor pare a fi totuşi eronat plasată în vechiul Egipt, referindu-se mai plauzibil la templele lui Asclepios.

Relaţiile strînse ale filozofiei şi medicinii în perioada prehipocratică (37), explică sesizarea funcţiei terapeutice a unor acte educaţionale în medicina greacă. Aceasta se realizează mai ales datorită viziunii „integraliste", cu importante elemente dialectice, asupra relaţiilor dintre om şi natură, dintre om şi cetate, om şi el însuşi. Pentru omul civilizaţiei eline realitatea este guvernată de o ordine

Scanned with OKEN Scanner

necesară, superioară individului dar accesibilă, în anumite condiţii, înţelegerii raţionale, chiar şi în aspectele sale iraţionale. Omul însuşi reprezintă o sinteză în care nici unul dintre elemente nu este lăsat la voia întîmplării; ele se întrepătrund şi se condiţionează reciproc, constituind o unitate structurală şi funcţională. Obişnuiţi să mediteze asupra experienţei lor particulare, medicii greci din perioada clasică, adeseori mai mult filozofi decît medici găseau în practica lor profesională numeroase probe concludente ale acestei unităţi. Organismul le apărea ca un ansamblu complex şi unitar, în interacţiune cu mediul înconjurător, legat de natură prin mii de fire. Omul era construit după un model superior propriei lor arte, organismul funcţionînd în conformitate cu nişte legi naturale decurgînd dintr-o logică superioară. În virtutea acestei convingeri medicul elin nu-şi acordă decît dreptul de a stimula activitatea naturală a organismului, natura însăşi constituind unica „vis medicatrix", adevărata putere tămăduitoare. Consecvent cu viziunea sa integrativă, terapeutul va acorda o deosebită atenţie vieţii sufleteşti a bolnavului şi nu va despărţi în nici o situaţie spiritul şi corpul şi pe acestea de mediul fizic şi spiritual în care sînt implantate (283). Este rezultatul celui mai grandios efort al funcţiei de integrare a raţiunii umane.

Deosebit de importantă ne apare însă şi orientarea etică a filozofiei clasice greceşti. Gînditorul antic nu se limita la constatarea unei stări de fapt, el îşi convertea atitudinea contemplativă într-una pragmatică. Intens preocupat de realizarea fericirii, el elaborează diferite modele pentru obţinerea ei, preconizînd anumite „regimuri" comportamentale, atitudini, practici, orientări corespunzătoare unor tabele de valori cu circulaţie curentă şi susceptibile a împlini supremul deziderat uman. Pentru omul grec, tinzînd către sinteza superioară a virtuţilor morale şi frumuseţii fizice implicate în conceptul de kalokagathia, sănătatea reprezenta un element esenţial al realizării de sine. Cucerirea şi păstrarea sănătăţii, boala şi vindecarea vor implica aşadar, în mod firesc, profunde semnificaţii morale, împrejurare nu lipsită de consecinţe pentru ceea ce am numi relaţia medicaţie-educaţie. În acest sens trebuie înţeleasă şi convingerea lui HERACLIT DIN EFES că „aceleaşi remedii vindecă bolile grave şi eliberează sufletul de nenorocirile existente" (142).

Cea mai strălucită expresie teoretică şi practică a intuirii relaţiei între *medicaţie şi educaţie* în epoca la care ne referim, este cuprinsă în colecţia hipocratică. Ea decurge nemijlocit din concepţiile profesate de HIPOCRAT şi discipolii săi despre raporturile „naturii umane" cu dereglarea patologică şi se reflectă în indicaţiile lor terapeutice.

Scanned with OKEN Scanner

HIPOCRAT (460—377 î.e.n.) defineşte sănătatea ca pe o stare de echilibru a diferitelor elemente sau principii constitutive ale organismului (sîngele, pituita, bila galbenă, bila neagră) — aflate într-un raport just de contragere, forţă, cantitate şi amestec. Lipsa ca şi excesul, izolarea unui principiu din ansamblu generează boala care reprezintă în fapt un demers împotriva naturii.

Aceleaşi relaţii dialectice caracterizează şi dialogul omului cu timpul, umorile fiind influenţate fiecare de un anotimp anume. Se stabilesc astfel relaţii: pituita creşte la rece deci îi corespunde iarna, sîngelui îi priieşte umedul, caldul — deci primăvara, bilei galbene, vara, bilei negre, toamna. Fiecare dintre ele predomină în anotimpul respectiv, dar nici una nu poate lipsi căci se alimentează reciproc. Ca o consecinţă firească, o boală ce evoluează într-un anotimp diminuează în celălalt. Terapia este la fel de logică, ea tinde să restabilească echilibrul tulburat prin contrariul tulburării: bolile datorate plenitudinii se vor vindeca prin evacuare şi reciproc, cele datorate efortului excesiv prin repaus şi cele datorate leneviei prin exerciţiu (127).

Firește, o asemenea concepţie depăşeşte limitele teoriei medicale, ea implică o viziune a raporturilor omului cu natura, o etică a acestor raporturi cu principii de conduită şi sancţiuni premiale sau punitive referitoare la un aspect al existenţei fundamental pentru mentalitatea grecilor antici: integritatea corporală, evitarea suferinţei.

Dealtfel, un alt text din colecţia hipocratică, *Tratatul despre afecţiuni*, trage concluziile pragmatice ale teoriei despre natura omului: „Orice om cu bun simţ care vede, dacă reflectează că pentru oameni sănătatea este de cel mai înalt preţ, ştie prin propria sa judecată să-şi dea ajutor la boală, să discearnă ceea ce medicii îi spun şi îi administrează în vederea sănătăţii corpului său şi să ştie toate acestea pe cît îi stă în putinţă unui simplu particular". Uscarea, umezirea, încălzirea sau răcirea bilei şi flegmei, ce constituie cauze de boală, se datorează unor tulburări ale echilibrului prin: „alimente sau băutură, oboseală, răni, miros, auz, vedere, raport sexual, cald, frig; stările bilei şi flegmei sînt determinate cînd fiecare din influenţele de mai sus se află cu corpul în relaţii neconvenabile sau împotriva obiceiurilor, fie disproporţionat de mult sau de puţin, de intens sau de slab" *(Tratatul despre afecţiuni*, 126).

Viziunea hipocratică asupra incidenţei bolii cu educaţia sînt astfel definite cu claritate, în măsura în care relevă problema raporturilor omului cu physis (natura) şi o rezolvă postulînd necesitatea unui echilibru desăvîrşit între comandamentele naturii şi

Scanned with OKEN Scanner

comportamentul uman. În accepţia concepţiei hipocratice — ceea ce nesocoteşte firescul în raport cu propriul corp, nerespectarea obiceiurilor, tulburarea balanţelor cantitative şi energetice — toate aceste încălcări ale legii, atît de eline, a măsurii şi proporţiei atrag după sine dezechilibrul obligînd corpul la suferinţă (pathos) şi la efort (ponos), adică la luptă pentru restabilirea echilibrului normal (126).

Aşa cum arată J. ULMANN (291), hipocratismul nu este numai o medicină, ci şi o filozofie a lumii şi omului, care pune problema raportului dintre artă (tehne în sens de tehnică, de praxis, n.n.) şi natură (physis) atît de frecvent propusă educatorilor. Oare arta lasă natura să lucreze singură, o imită, o contrazice? Deoarece, în Weltanschauung-ul hipocratic, totul este subordonat naturii, nici arta medicului nu face excepţie. Ea va asigura naturii libera manifestare în condiţiile şi pe căile ei fireşti, funcţia esenţială a lui *tehne* în raport cu *physis* fiind a îndepărta orice ar putea constitui un obstacol în calea acţiunii naturii şi a înlesni realizarea plenară a acestei acţiuni. Similitudinea cu teoria educaţiei în accepţia unora dintre cei mai iluştri constructori ai ei nu mai necesită a fi demonstrată. În acest sens terapia medicală hipocratică este şi o educaţie. *Ago* (acţiunea de a educa) este forma supremă de manifestare a lui *tehne*, căreia îi sînt subordonate toate artele deoarece educaţia se străduieşte să realizeze în toată plenitudinea sa, idealul conformităţii omului cu natura (ULMANN, 291).

Arta, susţine HIPOCRAT, devine indispensabilă atunci cînd încetăm să ne lăsăm conduşi de natură. Boala nu constituie dovada existenţei unei lacune sau dereglări în finalitatea constitutivă a naturii, ea angajează responsabilitatea omului şi nu pe a naturii. Alterarea sănătăţii este provocată de încălcarea de către om a legilor naturii. Arta este chemată să ajute natura dar ea îi solicită, înăsprindu-i uneori, procedeele (127).

În acelaşi timp însă modelul comportamental considerat virtualmente ca adecvat ethosului ideal nu implică o uniformizare a personalităţilor. În relaţia om-natură intervine un nou parametru: tipul constituţional sau „temperamentul", determinat de predominenţa unei anumite umori, condiţionînd „comportamentul normal al oamenilor şi modul propriu în care ei acţionează în faţa bolii" (127) şi justificînd astfel vechiul adagiu de inspiraţie hipocratică: nu există boli, ci bolnavi. „Încă acum două mii de ani, scrie I. P. PAVLOV, un mare geniu al Greciei antice, desigur un geniu mai mult artistic decît ştiinţific, a reuşit să desprindă din varietatea infinită a comportării omeneşti, trăsăturile ei fundamentale,

Scanned with OKEN Scanner

sub forma celor patru temperamente" (218). Dar, acest corectiv datorat complexității naturii umane aduce după sine și complexificarea artei: medicul hipocratic va acorda o atenție deosebită „identificării temperamentului bolnavului și individualizării tratamentului în raport cu tipul constituțional respectiv" (127). Sanguinul, flegmaticul, colericul și melancolicul vor reacționa firește deosebit în raport cu starea de boală în general și cu o anumită boală. Concepția sa integralistă despre om i-a îngăduit să intuiască relațiile dialectice dintre psihic și baza sa organică. Unii autori (M. LAIGNEL LAVASTINE și J. VINCHON (163) consideră că tratamentul psihozelor în epoca hipocratică poate fi considerat ca științific. HIPOCRAT a demonstrat și a reușit să facă a fi admisă constatarea că o parte a tulburărilor spiritului sînt legate de tulburări ale organismului. Medicii hipocratici, cei mai apropiați de știință în vremea lor, au fost și purtătorii progresului în medicină. În psihiatrie, spre deosebire de preoți și ghicitori, care foloseau credințele religioase și procedeele magice sau de filozofii care se inspirau din spiritualismul platonician, ei preconizau procedee care le conferă statutul de precursori ai terapeuticii educaționale contemporane. „Alți terapeuți — scrie PLUTARH —, vindecau cu cuvinte pe cei ce erau plictisiți sau întristați". Poezia, muzica, meditațiile înțelepte, exercițiile fizice, erau propuse ca mijloace de a conserva sănătatea, dar și ca procedee terapeutice.

În acest context s-a putut afirma (J. ULMANN, 291) că teoria hipocratică cu privire la boli, la natură, la măsură și lipsa măsurii (de la démesure), la arte (tehne) poate fi considerată, cel puțin în aspectele sale generale, ca o teorie a educației în raporturile sale cu natura.

Ideea relației necesare între sănătatea trupească, rezultat al moderației și sănătatea sufletească, rezultat al virtuții, cu toate consecințele educațional-terapeutice pe care le implică, participînd de fapt la aceeași aspirație fundamentală spre echilibru, apare „ca teorie sublimată explicită" (291) la stoici (ZENON, MARC AURELIU, dar și la EPICUR).

Dacă pentru medicul hipocratic sănătatea este echilibru, pentru filozoful stoic virtutea constituie cu adevărat sănătatea, iar pasiunea se confundă cu boala. Ca și bolnavul, cel lipsit de virtute se îndepărtează de natură. Astfel că, precum medicul îl conduce pe bolnav spre vindecare, filozoful îl va îndruma pe nesimțitor spre virtute. Dieta pe care medicul o prescrie bolnavului își găsește un echivalent în sfaturile zilnice pe care stoicul le va oferi discipolului. Iar „criza" (punctul culminant al bolii, confruntarea brutală între viață și moarte) nu este cunoscută numai bolnavului somatic, ci și

Scanned with OKEN Scanner

celui psihic, datorită schimbării violente ce consfințește discontinuitatea dintre viciu și înțelepciune.

Stoicii considerau că așa cum se vorbește despre boli ale corpului (podagră, gută) tot astfel există și boli ale sufletului (dragostea exagerată de glorie sau plăceri) și unora, și celorlalte fiindu-le comună slăbiciunea. Buni cunoscători ai patologiei afectivității, ei schițează o întreagă semiologie a tulburărilor sufletești (78).

Ceea ce este fals, înșelător, aparent, lipsit de adevăr tulbură gîndirea și dă sufletului o instabilitate generată de pasiuni (durerea, teama, dorința și plăcerea), mișcări ale sufletului iraționale și potrivnice naturii.

Alcătuind un adevărat inventar etiologic al tulburărilor afective (din care nu lipsesc gelozia, tristețea, mîhnirea, confuzia, groaza, ezitarea, anxietatea, ura, mînia, pasiunea erotică, resentimentul, furia, sadismul, care atrag sufletul spre moleșeală și spre părăsirea virtuților) ZENON și HECATON propun în fapt o confruntare a principiului plăcerii și principiului realității căreia, în vremea noastră, FREUD s-a străduit să-i confere o motivare abisală, fără a izbuti să evite integral semnificația etică a conflictului între pasiune și rațiune.

Bucuria, prudența și voința, veselia și buna dispoziție, pudoarea și castitatea, bunăvoința, calmul, blîndețea și afecțiunea; antidoturi ale pasiunilor negative sînt folosite pentru combaterea efectelor nocive, constituind termenii unei autentice prescripții psihoterapeutice.

Pedagogi profesioniști (ZENON a fost încununat de atenieni cu o cunună de aur și pentru că „i-a sfătuit totdeauna pe cei tineri care veneau să-i urmeze învățătura să trăiască în virtute și simplitate, oferindu-le ca exemplu propria sa viață virtuoasă") (78) și implicit „psihoterapeuți", cunoscători ai dinamicii afectivității și ai dificultăților generate de confruntarea subiectului cu realitatea și cu el însuși, stoicii propun celor ce li se adresează un model comportamental: înțeleptul, cel care prin știința vieții, prin arta de a trăi, pe care și le-a însușit, devine imun la suferințele corpului și sufletului.

Materialiști în filozofia naturii, senzualiști în gnoseologie, stoicii au reflectat în etica lor problematica acută pe care sfîrșitul sistemului sclavagist o impunea conștiinței individuale. Ei încercau să opună unei crize de sistem rigoarea etică și intelectuală, aspirația spre perfecțiune, cultul rațiunii și al virtuții, valorizarea societății și a praxisului (în sensul acțiunii etice asupra semenilor), ca niște autentici elini participînd la elaborarea idealului clasic al omului.

Scanned with OKEN Scanner

Aprecierea concepţiilor lor din perspectiva istoriei filozofiei nu intră în preocupările acestei lucrări; cercetătorul interesat să refacă evoluţia conceptelor şi metodelor educaţional-terapeutice în „medicina sufletului" va reţine însă ca deosebit de importantă pentru o istorie a psihoterapiei contribuţia stoicilor, filozofi şi pedagogi conştienţi de unitatea persoanei umane, care propun omului confruntat cu dificultăţile vieţii, agravate de circumstanţele sfîrşitului de ev, un sistem de igienă psihică şi o psihagogie aferentă.

Portretul înţeleptului stoic implică de fapt un întreg program educaţional, intelectual, moral, fizic şi estetic. Este o artă de a trăi, difuzată prin educaţie şi orientată spre realizarea echilibrului între om şi physis; dar şi o tehnică de formare a omului întemeiată pe o atitudine activă, opunînd durerii şi anxietăţii, forţa indestructibilă a personalităţii umane, fermitatea, voinţa nezdruncinată, puterea raţiunii. Elevii de toate vîrstele, ce se adunau la Porticul cu picturi din Atena, învăţau că toate actele lor trebuie să fie conforme *funcţiei*, cuvînt derivat de ZENON din cuvîntul care semnifică „ceea ce se menţine" şi definit ca act compatibil cu viaţa şi justificat de raţiune, prin care fiinţa (om, animal, plantă) îşi menţine constituţia naturală. Ei aflau de asemenea că „îngrijirea sănătăţii şi păstrarea intactă a simţurilor" nu face parte dintre funcţiile ce depind de circumstanţe, ci este o funcţie absolută (78).

Reprezentant al stoicismului tîrziu, EPICTET (50—138) sintetizează plastic concepţia terapeutică a stoicilor: *„Vindecarea suferinţelor sufleteşti nu se poate obţine prin medicamente, numai povaţa filozofului poate ajuta"* (citat de DUBOIS), (87).

Cealaltă concepţie etică proeminentă din Grecia antică, legată de numele lui EPICUR (341—270 î.e.n.), deşi porneşte de la ipoteze oarecum deosebite, ajunge la concluzii suficient de asemănătoare stoicilor ca să infirme aşa-zisul lor antagonism fundamental. Virtutea stoicilor nu respinge plăcerea, după cum plăcerile spre care aspiră discipolii lui Epicur nu-i fac în nici un fel refractari virtuţii. Doctrina lui EPICUR ne apare ca o morală practică orientată spre anularea suferinţei fizice şi psihice, cu evidente implicaţii pedagogice şi terapeutice, reluînd aceeaşi temă fundamentală, relaţiile omului cu natura din perspectiva echilibrului necesar şi cu aceeaşi finalitate: evitarea suferinţei fizice şi mai ales psihice.

La Epicur caracterul terapeutic al filozofiei este şi mai clar afirmat decît la Zenon: „omul raportează orice preferinţă sau aversiune la sănătatea corpului şi la liniştea sufletului deoarece acesta este adevăratul scop al vieţii fericite. Toate actele noastre nu urmăresc decît realizarea acestui scop, anume

Scanned with OKEN Scanner

să nu suferim trupeşte şi să nu fim tulburaţi sufleteşte" (297). Aceasta se realizează prin intermediul plăcerii, „începutul şi sfîrşitul vieţii fericite". Plăcerea reprezintă un bine prin însăşi natura sa convenabilă vieţii, dar nu orice plăcere trebuie dorită, după cum nu orice durere poate fi evitată, deşi durerea în general este un rău. Pentru a putea despărţi răul de bine este necesar să ne formăm judecata, căci adeseori binele este pentru noi un rău, după cum răul este un bine. Omul trebuie să ştie să se satisfacă pe sine însuşi. Obişnuinţa unui trai simplu şi modest este cea mai bună garanţie a sănătăţii; plăcerea nu înseamnă pentru EPICUR plăcerile celor desfrînaţi, ci absenţa de suferinţe corporale şi de tulburări sufleteşti. „Judecata sobră, care cercetează minuţios cauzele oricărei preferinţe sau aversiuni şi respinge părerile greşite, cauză a celei mai cumplite tulburări, ce poate copleşi sufletele", face viaţa plăcută. Virtutea supremă este prudenţa care evidenţiază în modul cel mai limpede relaţia de interdependenţă între plăcere, înţelepciune, onoare şi onestitate.

Şi EPICUR îşi sintetizează concepţia etică într-un „portret al înţeleptului". Acesta „este pios faţă de zei, priveşte moartea absolut fără teamă, înţelege care este scopul vieţii impus de natură, ştie că limita bunurilor stă la îndemîna oricui şi este uşor de atins, iar „cea a relelor sau este de scurtă durată sau produce suferinţe uşor de suportat". El ia în derîdere destinul şi este încredinţat că stă în puterea omului să determine evenimentele prin voinţa sa, necesitatea fiind irresponsabilă şi norocul schimbător, pe cînd voinţa nu este supusă unei forţe exterioare, de ea fiind legate atît ocara, cît şi lauda. El socoteşte că este mai bine să fii om nenorocos, dar cu raţiunea sănătoasă, decît norocos şi lipsit de raţiune".

EPICUR a fost preocupat de ideea morţii sau mai exact de lupta împotriva anxietăţii născută din conştiinţa inevitabilităţii sfîrşitului. În *Epistola către Meneceu* — el îl îndeamnă pe acesta să se deprindă cu ideea că „moartea nu reprezintă nimic pentru noi", ea constituind în fapt o privaţiune completă de senzaţie. EPICUR articulează o argumentaţie subtilă şi convingătoare pentru a-şi linişti discipolul: „cît sîntem în viaţă moartea nu ne însoţeşte, în clipa morţii nu mai existăm noi". Textul la care ne referim reprezintă în fapt o autentică psihoterapie raţională pentru a combate anxietatea originară. Finalitatea terapeutică a demonstraţiei este evidentă: „filozofia este considerată ca un mijloc pentru „îngrijirea sănătăţii sufletului" necesar în permanenţă atît celor nematuri, cît şi celor maturi". Pe de altă parte, MENECEU este sfătuit să folosească preceptele învăţătorului pentru a-şi apăra pacea sufletului: „aşadar preceptele acestea, ca şi pe toate cîte sînt înrudite cu ele, meditează zi şi noapte în tine însuţi şi cu cel ce-ţi este asemenea şi niciodată, treaz fiind sau în somn nu vei fi serios tulburat, ci vei trăi ca un zeu între oameni"..

Scanned with OKEN Scanner

Ca şi în concepţia medicilor hipocratici, natura devine la EPICUR supremul sistem de referinţă: „natura fericită şi nemuritoare nu cunoaşte nici ea însăşi vreo tulburare şi nici altcuiva nu o pricinuieşte aşa încît ea nu este legată de mînii sau de favoruri; tulburări de acest fel se întîlnesc numai într-o natură slabă". Ştiinţa naturii este necesară datorită bănuielilor şi fricii pe care ni le inspira fenomenele cereşti şi ideea morţii, neliniştii ce ne cuprinde la gîndul că toate acestea ar putea să privească oarecum fiinţa noastră, răului pe care ni-l pricinuieşte necunoaşterea limitelor durerilor şi dorinţelor. Teama se poate spulbera prin cunoaşterea naturii universului, aşadar fără studiul naturii „nu este posibil să se simtă plăceri curate". Filozofia se constituie astfel într-o artă (tehne) psihoterapeutică şi educaţională avînd ca finalitate lupta împotriva anxietăţii născută din ignoranţa omului şi din conştiinţa morţii. Or, ignoranţa se poate combate numai cu ajutorul cunoaşterii care-l lămureşte pe cel ce o obţine asupra lipsei de justificare logică a temerilor sale şi fundamentează o atitudine optimistă orientată spre plăcere şi dragoste de viaţă. Stoicul este un om activ, epicureanul, un contemplativ pasiv, urmărind să realizeze aponia şi ataraxia; dar şi unul şi celălalt sînt încredinţaţi că între starea corpului şi starea sufletului există relaţii de interdependenţă. Amîndoi consideră raţiunea ca instanţă supremă de control şi sînt încredinţaţi că prin cunoaştere se poate ajunge la echilibru şi că principiul fundamental al vieţii şi comportamentului uman eficient este conformitatea cu natura, realizabilă mai ales prin respectarea justei măsuri. Şi unul şi celălalt şi-au expus ideile prin intermediul lecţiilor şi prelegerilor, atribuindu-şi statut de „învăţători" şi exercitînd în fapt un astfel de rol. În acelaşi timp ei erau încredinţaţi că ideile pe care le transmiteau posedă certe valenţe terapeutice şi profilactice. În fapt filozofia li se înfăţişează ca o „terapie a tulburărilor sufletului", înfăptuită prin puterea restitutivă a cuvîntului purtător de „înţelepciune".

Filozofia clasică greacă a adus terapiei educaţionale şi o altă contribuţie deosebit de importantă sub aspect metodic. Ne referim la maieutica socratică, modalitate dialectică a comunicării, metodă prin care „adevărul" se naşte în cugetul interlocutorului şi este „descoperit" de acesta prin propriul său efort intelectual. SOCRATE propune interlocutorului, ca premisă a descoperirii adevărului, cunoaşterea de sine, primul principiu al metodei socratice fiind îndemnul „cunoaşte-te pe tine însuţi". Adevărul este în noi înşine, aici vom descoperi procedeele logice care ne ajută să-l descoperim. Postulînd, ca moment iniţial, afirmarea propriei ignoranţe („tot ce ştiu e că nu ştiu nimic") interlocutorul demonstrează implicit că

Scanned with OKEN Scanner

posedă ideea de știință deoarece este conștient de nonștiință, de ignoranța sa. Această clarificare pune în mișcare dipticul metodic: ironia, metoda negativă care ne eliberează de eroare, ne purifică, ne aduce în situația de a primi adevărul; urmată de maieutică metoda pozitivă care ne pune în posesia adevărului, oferindu-ne mijloacele de a-l descoperi în noi înșine (138). „Meseria mea, spune Socrate în Theet, este aceea a moașelor, cu deosebirea că eu ajut la ușurarea bărbaților și nu a femeilor și că îngrijesc nu corpurile, ci sufletele prinse în durerile facerii". Maieutica „este arta profesorului, arta de a face spiritele să nască adevăruri care nu așteaptă decît să se nască" (138). Așa cum arată ARISTOT, SOCRATE procedează prin „discursuri inductive și definiții generale". Uneori utilizează exemple care-i permit, prin acumulare, să treacă de la particular la general prin evidențierea elementelor comune, alteori raționează prin analogie, folosind ca justificări ale afirmațiilor sale învățămintele vieții de zi de zi, alteori face inducții („în natură mijloacele sînt perfect adaptate scopurilor de unde se induce existența unei inteligențe creatoare"). Prin inducție se ajunge la gen, prin diviziune se disting speciile cu ceea ce au ele diferit și propriu una față de celelalte, cu genul și specia se ajunge la definiția care servește de principiu deducției (138). SOCRATE își obligă astfel interlocutorul să-i accepte punctul de vedere, care, „descoperit" de adversar „în el însuși", nu poate fi negat.

Metoda socratică, dacă nu în forma sa originală cel puțin prin procedeele sale esențiale, constituie un izvor metodologic important pentru anumite specii ale psihoterapiei și îndeosebi pentru psihoterapia rațională și pentru psihagogie. Metoda a putut fi utilizată în scopuri terapeutice datorită unor elemente din structura sa care facilitează participarea activă a bolnavului la convorbirea terapeutică. Le enumerăm mai jos:

1. *Centrarea pe cunoașterea omului*, ceea ce impune focalizarea atenției terapeutului asupra pacientului și a acestuia asupra lui însuși;

2. *Caracterul eminamente activ al participării pacientului:* acesta este stimulat în permanență să se caute pe sine însuși, să se analizeze, să se înțeleagă, să se definească;

3. *Posibilitatea de a „dărîma" și de a „reconstrui"* pe care le oferă ironia și maieutica;

4. *Puterea de sugestie pe care o conferă „adevărurilor" descoperite de bolnav caracterul rațional, logic al demersului și sentimentul că descoperirea este rezultatul propriului său raționament și nu i-a fost impusă de terapeut;*

Scanned with OKEN Scanner

5. *Faptul că adevărurile astfel descoperite nu se limitează la cunoaștere, ci reprezintă și soluții pentru problemele de viață ale pacientului;*

6. *Poziția avantajoasă a terapeutului:* acesta apare în relația cu pacientul ca interlocutor egal și nu ca „moralizator" ce-și impune celuilalt punctele de vedere, sau în ipostaza unui judecător, superioritatea fiind suportată cu dificultate de bolnavi, fără însă a-și pierde statutul și rolul de conducător al demersului de căutare a adevărului.

În dialogul *Charmide sau despre înțelepciunea morală,* PLATON ne oferă un exemplu sugestiv de utilizare a metodei socratice în scopuri terapeutice.

Atunci cînd Charmide îi cere un leac pentru durerile de cap de care suferea, Socrate (rugat de Critias, unchiul tînărului, să joace rolul unui medic, pentru a-l putea cunoaște și aprecia pe fermecătorul efeb) declară că un astfel de leac îi este cunoscut: este vorba de o plantă și de o incantație ce se administrează împreună, lipsa celei de a doua anulînd eficiența primei. Dar, la rîndul ei, incantația nu are puterea de a vindeca numai durerile de cap; așa cum medicii foarte pricepuți nu tratează ochii fără a ține seama de starea celorlalte organe ale corpului, tot astfel ar fi culmea nesăbuirii de a-și închipui că se pot trata în sine numai durerile de cap, fără a avea în vedere organismul în întregime. Acești medici vindecă organul bolnav cu un tratament care ține seama de organism în totalitatea sa.

La întrebarea dacă își manifestă asentimentul pentru teoria enunțată de SOCRATE. Charmide răspunde afirmativ. ceea ce îi îngăduie lui SOCRATE să sublinieze valoarea teoriei și pentru incantația utilă durerilor de cap. Un medic trac al lui Zalmoxis i-a confirmat de asemenea valabilitatea acestui punct de vedere. Mai mult, Zalmoxis consideră că dacă nu trebuie să întreprindem vindecarea ochilor fără a fi vindecat durerile de cap și a acestora fără vindecarea organismului în totalitatea sa, cu atît mai mult nu trebuie să încercăm să vindecăm nici corpul fără a vindeca sufletul, punct de pornire al celor bune și celor rele pentru organism și în general pentru om în totalitatea lui. Deci aceste rele ale sufletului le vom trata pentru a obține o sănătate corespunzătoare a capului și a celorlalte componente ale organismului. Or, sufletul poate fi îngrijit prin incantații care sînt niște discursuri ce conțin frumoase cugetări; ele nasc în suflet o înțelepciune morală a cărei apariție și prezență permit de acum înainte să se asigure cu ușurință sănătatea întregului organism. Or, el, SOCRATE, a jurat tracului că niciodată nu va accepta să-i folosească incantațiile pentru durerile de cap, fără a fi îngrijit în prealabil sufletul pacientului, oricît de bogat și de nobil ar fi acesta. Astfel că, dacă Charmide dorește să i se amelioreze durerile trebuie să înceapă prin a-și lăsa sufletul în voia incantațiilor vrăjitorului trac.

Scanned with OKEN Scanner

Așa începe discuția despre înțelepciunea morală care îi îngăduie tînărului Charmide, dacă nu să ajungă la o definiție limpede, în orice caz să se cunoască pe sine mai profund și să accepte a deveni elevul lui SOCRATE din proprie inițiativă pentru a continua „incantația", de fapt cercetarea în legătură cu natura înțelepciunii morale (228).

PLATON formulează aci o teorie a mecanismelor psihoterapiei care, cel puțin în accepția sa generală, poate fi validată și astăzi. El se manifestă ca un precursor al concepției psihosomatice. În sfîrșit, strategiei psihoterapeutice utilizate de Socrate i se poate recunoaște fără nici o ezitare calificativul de actuală. El a deplasat atenția pacientului de la preocuparea psihogenă (cefalee) la activitatea intensă cerută de realizarea investigației propuse; dialogul solicită permanent contribuția pacientului, prilejuindu-i satisfacții intelectuale care-l determină în final să ceară continuarea „incantației" și să opteze pentru „psihoterapeut" ca îndrumător de conștiință.

În aceeași perioadă s-a efectuat și primul tratament logopedic eficient consemnabil ca atare în istoria terapiei logopedice. Ne referim la tratamentul pe care și l-a aplicat celebrul orator DEMOSTENE (384—322 î.e.n.) spre a-și vindeca defectul de vorbire, reunind astfel în aceeași persoană pe primul logoped și pe primul logopat vindecat printr-un procedeu educațional terapeutic. „El își birui defectul de pronunțare și bîlbîiala, scrie PLUTARH (care afirmă a fi aflat detaliile de la DEMETRIUS din Falera căruia i le-ar fi dat chiar DEMOSTENE), umplîndu-și gura cu pietricele și pronunțînd fără oprire tirade în versuri. El își fortifică vocea străbătînd în viteză locurile înalte și abrupte în timp ce recita pe nerăsuflate proză și poezie" (229). Este impresionantă intuiția de care dă dovadă „terapeutul" intensificînd efortul vocii în condițiile activizării respirației pe care declamația o ritmează. Pietricelele vor fi umplut interstițiile dintre dinți și vor fi tonificat mușchiul lingual prin obstacolul pe care îl opuneau mișcărilor limbii. DEMOSTENE va fi beneficiat de experiența pe care o acumulase pedagogia oratoriei, căreia ulterior QUINTILIAN îi va închina monumentala sa lucrare *De institutione oratoria*.

5.6. Un educator terapeut în secolul lui August: L. Annaeus Seneca

Medicina romană reia de fapt tradițiile hipocratice sau își sprijină fiziologia și patologia pe sistemul filozofic al stoicilor, așa cum fac teoreticienii secolului I (283). GALEN reia teoria temperamen-

Scanned with OKEN Scanner

telor şi recomandă educaţia fizică. Mai semnificative din punctul de vedere al terapiei educaţionale ne par a fi ideile lui AULUS CORNELIUS CELSUS, teoretician al medicinii, contemporan al împăratului TIBERIU. Regăsim în lucrarea sa „Despre medicină" prescripţiile hipocratice pentru menţinerea sănătăţii fizice şi psihice: lecturi cu glas tare, jocul cu mingea, alergarea, exerciţiile de gimnastică. În acelaşi timp el previne asupra abuzului de cuvinte: „bolile trebuie vindecate prin medicamente nu prin elocinţă".

CELSUS cunoaşte importanţa unor ocupaţii variate pentru menţinerea sănătăţii: schimbarea ocupaţiei înlătură oboseala (54). Este prefigurarea a ceea ce numim astăzi *odihnă activă*.

Un precursor autentic al utilizării tehnicilor educaţionale în tratamentul unor stări sufleteşti a fost, în epoca lui AUGUST, filozoful L. A. SENECA. În opera acestui elev al stoicului ATTALUS şi pitagoricului SOTION, el însuşi educator nenorocos (a fost preceptorul lui NERO şi curtean de o îndoielnică virtute morală) este mereu prezentă convingerea că mîngîierile filozofiei pot vindeca tulburările sufleteşti. În acest sens, multe dintre „consolaţiile şi scrisorile" sale conţin autentice demersuri de psihoterapie raţională. Astfel, „consolaţia" adresată MARCIEI, fiica lui CREMATIUS CORDUS, care-şi pierduse fiul şi pe care tristeţea o ţinea departe de lume, reprezintă de fapt un astfel de demers, a cărui strategie, comparată cu psihoterapia contemporană a stărilor depresive reactive, nu pare în nici un fel inactuală.

În dialogul pe care-l iniţiază, SENECA a evidenţiat încrederea sa în puterile tămăduitoare ale filozofiei, dar şi o ştiinţă subtilă a folosirii lor: interlocutoarea este pregătită prin evocarea unor împrejurări tonifiante din trecutul său, i se stimulează încrederea în sine pentru a-i spori rezistenţa faţă de durere; cauza psihogenă este apoi atacată frontal, intensităţii durerii răspunzîndu-i-se cu violenţa remediilor. Interlocutoarei i se atrage atenţia, ca în cea mai modernă dintre psihoterapii, asupra pericolelor pe care le implică refugiul în durere şi este sfătuită să nu rupă relaţiile cu cei din jur. Firesţe, supremul sistem de referinţă rămîne natura.

SENECA a fost preocupat şi în alte scrieri de relaţiile dintre filozofie şi sănătate. „Fără filozofie sufletul îţi este bolnav", afirmă el în a XV-a scrisoare către LUCILIU. Trupul singur are numai puterea nebunului furios sau delirant. Sănătatea sufletească trebuie să fie grija primordială a lui LUCILIU, cealaltă se poate obţine mai uşor, constituind deci o preocupare secundară. Consecvent cu acest punct de vedere SENECA a fost un adversar al exerciţiilor fizice excesive şi violente, deoarece „a-ţi întări muşchii, a-ţi îngroşa ceafa şi a-ţi oţeli pieptul" este o ocupaţie prostească şi foarte puţin potri-

Scanned with OKEN Scanner

vită cu un cărturar", împovărarea peste măsură a trupului stilcind spiritul şi răpindu-i agerimea. Dimpotrivă, trupul trebuie înfrînat, ca spiritul să fie liber (263). El recomanda „exerciţii uşoare şi scurte", care „destind pe dată corpul". Spre deosebire de boala fizică căreia intensificarea simptomelor ne sileşte să-i descoperim prezenţa, bolile sufleteşti, cu cît sînt mai grave cu atît se ascund mai bine, bolnavul simţindu-se cu atit mai puţin bolnav. Numai filozofia alungă somnul greu al viciului în care ne prăbuşesc astfel de boli. Trebuie să ai slăbiciunea unui om şi liniştea unui zeu şi astfel nu vei şti ce-i frica (263). SENECA este conştient de pericolul verbalismului: „vorbele noastre să fie nu încîntătoare, ci folositoare", căci „aci e vorba de suflet". Or „nici un bolnav nu umblă după un doctor care poate vorbi frumos, ci după unul care-l poate vindeca". Este vorba despre „o boală veche şi grea care bîntuie peste tot", boala lipsei de înţelepciune, boala viciilor care necesită spre a fi vindecată, „fierul roşu, cuţitul, înfrînarea". Pentru a o vindeca sînt necesare lucruri şi nu cuvinte. Cunoştinţele care vor aduce vindecarea trebuie învăţate, verificate în practică şi aplicate. Nu este suficient să le memorezi: „Fericit este nu cel care are aceste cunoştinţe, ci cel care le aplică" (263). Bolile sufleteşti sînt „vicii învechite şi grele, lăcomia şi ambiţia, care învinq sufletul şi-l chinuiesc fără încetare". Boala este o judecată care stăruie în greşeală: „a dori cu înfocare ceea ce e foarte puţin de dorit, a pune mare preţ pe lucruri de puţin sau de nici un preţ". Acceptînd leacurile filozofiei n-am mai fi chinuiţi de groază, am cuceri liniştea sufletească şi libertatea desăvîrşită, am avea stăpînirea deplină asupra noastră înşine. „Nepreţuit lucru e să fii al tău!".

Scrisoarea a LXXVIII-a către LUCILIU, trimisă prietenului bolnav de gripă cuprinde un text pe baza căruia îi putem acorda lui Seneca un loc însemnat printre primii „psihoterapeuţi": o convorbire psihoterapeutică avînd o adresă precisă: combaterea trăirii depresive a unei boli somatice. Ca şi în „consolarea" adresată MARCIEI, filozoful foloseşte o tehnică subtilă care implică existenţa unor remarcabile cunoştinţe psihologice.

Bolnavul este pregătit printr-o mişcare iniţială de captare a bunăvoinţei: „psihoterapeutul" recunoaşte dificultatea situaţiei în care se află interlocutorul său, deoarece propria experienţă l-a instruit să înţeleagă suferinţa prietenului. Într-adevăr, „cîteodată şi a trăi înseamnă să fii curajos", el însuşi pe cînd fusese lovit de aceeaşi boală, se aflase la un pas de sinucidere şi numai teama că durerea i-ar putea ucide tatăl l-a oprit, astfel că „mi-am impus să trăiesc". După această demonstraţie de comprehensivitate se poate sugera bolnavului existenţa unei soluţii, verificată prin experienţa similară a prietenului: gîndurile cu care acesta se liniştea „aveau puterea unui leac

Scanned with OKEN Scanner

tămăduitor. Mîngîierile alese se prefac în leacuri şi tot ce înalţă sufletul foloseşte şi trupului; mie, studiile noastre mi-au fost scăparea". Acum „psihoterapeutul" poate trasa cadrul metodologic al „psihoterapiei": „dacă m-am sculat din pat şi dacă m-am înzdrăvenit, o datorez filozofiei. Ei îi datorez viaţa şi asta este cea mai mică datorie faţă de dînsa". Apoi o aluzie la capacitatea prietenilor de a ajuta la însănătoşire (acţiunea lui SENECA este motivată de fapt prin calitatea sa de prieten, astfel că lauda adresată prietenilor constituie în fapt un argument „pro domo"): „nimic nu întremează şi nu ajută atîta pe bolnav ca afecţiunea prietenilor".

Psihoterapia se asociază cu terapia somatică: doctorul va prescrie plimbările şi exerciţiile utile, combaterea lîncezelii prin lecturi cu voce tare, întărirea suflului, călătorii pe mare, dieta alimentară; el, SENECA, îi va recomanda „un leac bun nu numai pentru boala asta, ci pentru întreaga viaţă": disprețul faţă de moarte. „De îndată ce scăpăm de frica ei nu mai e nimic apăsător". Formulînd acest principiu fundamental al strategiei sale, „psihoterapeutul" defineşte şi factorii psihogeni implicaţi în starea de boală: teama de moarte, durerea fizică, încetarea plăcerilor, elementele care condiţionează trăirea depresivă şi anxioasă a bolii. Procedînd astfel, SENECA precizează şi obiectivele acţiunii sale: anularea efectelor fiecăruia dintre aceşti factori în conştiinţa bolnavului.

În acest moment al demersului începe, de fapt, „psihoterapia", actul educaţional cu finalitate terapeutică printr-un „atac" dialectic împotriva thanatofobiei. Teama de moarte nu este generată de boală, ci de natura noastră; ba chiar, boala a salvat viaţa unora care credeau că li se apropie sfîrşitul, i-a determinat să se îngrijească, amînîndu-şi astfel moartea. LUCILIU va muri nu pentru că boleşte, ci pentru că trăieşte; cînd se va însănătoşi, va scăpa de boală şi nu de moarte.

Aci tactica e clară: filozoful luptă cu frica de moarte anulînd legătura ei cu boala şi reaşezînd-o în contextul ei natural ca termen de negare dialectică a vieţii. Această mişcare de translaţie are ca scop scăderea tensiunii afective generată de boală ca şi modificarea atitudinii subiectului faţă de sfîrşitul inevitabil prezentat nu ca efect al bolii, ci ca fenomen inserat în ordinea universală.

Atacul este îndreptat apoi împotriva durerii. Şi aci, argumentarea merge drept la ţintă: durerile sînt ori suportabile, ori de scurtă durată, intensitatea prea mare a durerii îşi poartă în sine propria sa inhibiţie. Aşa ne-a alcătuit natura în marea ei iubire. Afirmaţia este sprijinită cu argumente fiziologice: durerile mari se fixează pe cele mai reduse părţi ale corpului, care amorţesc însă repede şi tocmai din cauza durerii nu mai simt durerea. „Aşadar, la o mare durere, mîngîierea este că dacă o simţi prea tare, urmarea e că n-o mai simţi". Neştiutorul simte intens suferinţa, pentru că nu s-a obişnuit să se mărginească la suflet şi a avut prea mult de-a face cu trupul. Dimpo-

Scanned with OKEN Scanner

trivă, înțeleptul își desprinde sufletul de trup și conviețuiește cu cea mai bună care este de origine divină, cu cealaltă care se văicărește nevolnic numai atît cît este nevoie".

În sfîrșit, este pusă în discuție lipsa plăcerilor obișnuite. Nu abținerea de la aceste plăceri este grea, ci începutul abstinenței. Aci ne ajută chiar boala: organele obosite și slăbite se potolesc și nu mai dorim nimic. Or nu este prea greu să ai ceea ce ai încetat să dorești. Așadar, încetarea plăcerilor nu mai este resimțită ca atare.

Raporturile bolnavului cu durerea constituie acum tema principală a demonstrației și multe dintre recomandările lui SENECA nu-și pierd nici azi actualitatea.

El subliniază efectul dublu al autosugestiei asupra bolii, negativ atunci cînd „ne îngreuiem starea cu bocete", căci „durerea este ușoară dacă ideea pe care ți-o faci despre dînsa n-o sporește" și pozitiv atunci cînd ne încurajăm pe noi înșine, căci durerea va fi ușurată „tocmai fiindcă o socotește ușoară". Așa cum vor postula adepții lui COUÉ, LIEBAULT și BERNHEIM din Nancy la sfîrșitul secolului al XIX-lea, SENECA, precursor al psihoterapiei nu într-o singură privință, socotește că „toate lucrurile depind de ideea pe care ne-o facem despre ele". Firește, durerea nu face excepție. Singura soluție este lupta împotriva durerii, răsplata fiind „virtutea și tăria sufletească și liniștea dobîndită pentru totdeauna dacă destinul a fost înfrînt odată în vreo luptă". Dimpotrivă „tot ce te apasă, tot ce stă deasupra capului tău, tot ce te amenință se va prăvăli peste tine și te va copleși mai rău dacă vei începe să dai înapoi".

Bolnavul se va gîndi la ceea ce a făptuit „frumos și cu curaj", va retrăi părțile frumoase ale vieții sale, își va îndrepta atenția asupra a tot ce a admirat mai mult, își va evoca imaginea celor ce au luptat cu curaj și au învins durerea, care rîdeau în timp ce erau torturați. „Durerea nu va fi învinsă prin rațiune, ea care a fost învinsă prin rîs"? Evocarea torturilor cumplite va face să apară în conștiința bolnavului „guturaiul, tusea, febra necontenită, setea, durerile reumatice", ca niște neplăceri lipsite de prea mare însemnătate.

În final, bolnavul este îndrumat „să se întremeze cu astfel de gînduri" și „să urmeze aceste sfaturi", să nu se dea bătut în fața greutăților, să nu se încreadă în fericire, să nu scape din ochi „capriciile soartei", căci „o suferință dinainte acceptată te atinge mai ușor" (249).

Am stăruit mai mult asupra acestui text deoarece, în structura sa, descoperim teme și strategii ce nu și-au pierdut în întregime actualitatea nici în vremea noastră. Capacitatea dialectică a filozofului este servită de profunde intuiții psihologice, modul de a-și organiza demersul evidențiază claritatea scopului și temperamentul unui om de acțiune, după cum sesizarea relației somatic-psihic, ana-

Scanned with OKEN Scanner

liza bolii sub aspectul ei traumatizant şi psihogen ca şi utilizarea unor acte educaţionale în scopuri terapeutice îl impun ca pe unul dintre precursorii educaţiei terapeutice.

Desigur, ne aflăm încă departe de momentul în care actul educaţional se va constitui în mod explicit ca act terapeutic, subsumat unei strategii medicale bine precizate şi cu atît mai departe de utilizarea lui în psihiatrie, atît timp cît aceasta nu era constituită ca atare.

Totuşi temele fundamentale erau formulate, problemele puse, metodele schiţate. Idei care, ulterior, vor beneficia de o motivaţie ştiinţifică, sau care se vor afla la originea unor tehnici educaţional-terapeutice complexe şi mai ales însăşi intuirea eficienţei terapeutice a actului educaţional pot fi evidenţiate fără dificultate în gîndirea unor filozofi şi medici încă din antichitate.

5.7. Tema raportului dintre educaţie—medicaţie în gîndirea religioasă medievală

Anumite elemente ale stoicismului, idealiste, fataliste, religioase, apărute în faza tîrzie a doctrinei influenţează începuturile creştinismului. „Pedagogul" lui CLEMENT ALEXANDRINUL (?—215 e.n.) reia unele idei ale acestei doctrine cum ar fi analogia somatic-sufletesc (sub aspect etic: sănătatea sufletească şi boala sufletească), valoarea terapeutică a educaţiei morale, comparaţia educator-medic sub aspectul analogiei funcţiei educaţionale şi al celei terapeutice.

Pedagogul urmăreşte vindecarea patimilor întărind sufletele cu ajutorul exemplelor, evocînd chipurile celor căzuţi şi „puterile lor de hotărîre", iar „prin învăţămintele lor cele iubitoare de oameni, ca nişte leacuri uşoare, îndreptează pe suferinzi către desăvîrşita cunoaştere a adevărului" (58). Analogia între medic şi „pedagog" (cuvîntul lui Dumnezeu) este limpede: „după cum cei bolnavi trupeşte au nevoie de doctor, tot aşa şi noi, cei neputincioşi la suflet avem nevoie de pedagog ca să ne vindece de patimi" (55).

Înfăţişarea funcţiei divinităţii cu o dublă esenţă, educaţională şi terapeutică este sesizabilă şi în predicile lui AUGUSTIN DIN HIPPONE (354—430). Socotită ca o boală a sufletului, mult mai primejdioasă decît bolile trupului, necredinţa se vindecă prin cuvîntul divin.

AUGUSTIN recunoaşte că sănătatea este „tezaurul cel mai preţios al celui bogat şi singurul avut al săracului" (A. BECKER, 24), unul din elementele esenţiale ale unei vieţi fericite. Totuşi, nu se poate vorbi despre o

Scanned with OKEN Scanner

sănătate autentică și definitivă, organismul fiind afectat de o permanentă pierdere de energie astfel că sănătatea fizică nu este în fapt decît o „boală amînată". O existență imunizată împotriva bolilor și lipsită de infirmități nu este în mod necesar o existență fericită. Sînt și alte cauze de suferință generate de necontenita căutare a fericirii, adică a adevărului. În acest sens omul va fi veșnic „un bolnav în remisiune".

Omenirea, spune AUGUSTIN (24), suferă de o boală cumplită, lipsa adevărului, adică a fericirii. Ea nu poate fi vindecată decît prin intervenția „divinului medic", terapeut abil și experimentat, care poate tămădui orice tristețe și infirmitate.

Grație „divinului medic", care îl ajută să cunoască adevărul, viața omului este reînnoită în spirit și el obține fericirea, vindecarea tuturor suferințelor.

Cuvîntul aducător de adevăr apare aci ca factor curativ al suferinței sufletești existențiale, iar relația între „bolnav" și predicator ca o relație terapeutică și educațională, în același timp, astfel că s-a putut vorbi despre existența în predicile autorului „Confesiunilor", a unei „pedagogii a fericirii" (A. BECKER).

Relația dintre educație și medicație este înfățișată și în scrierea lui TOMA D'AQUINO (1225—1272) — *De Magistro.*

Bolnavul, — susține autorul —, posedă în el însuși anumite puteri active, factori potențiali ai vindecării care-i pot reda bolnavului sănătatea. Există totuși multe cazuri în care procesul de vindecare este foarte lent sau în care capacitatea nativă a bolnavului de a rezista este prea redusă pentru a îngădui vindecarea. În astfel de cazuri se obișnuiește să se facă apel la serviciile unui doctor, dar ar fi greșit să se presupună că doctorul vindecă pe pacient prin administrarea unei medicații. Doctorul este în mod esențial un sacerdot: aceasta înseamnă că el ajută bolnavul să se vindece singur. Dacă analogia este extinsă la relațiile între profesor și elev se va vedea că profesorul, la fel ca și doctorul, este un îndrumător: elevul își dezvoltă potențele prin activitatea sa proprie; în plus el poate accepta ajutorul profesorului care-l asistă exact în modul în care doctorul ajută bolnavului să se vindece (273).

Analogia educator-terapeut, prezentă în scrierile teologice, nu-și află însă un corespondent în tratamentul aplicat bolnavilor psihici. Socotiți a fi fost posedați de diavol, avînd relații cu făpturile malefice descrise amănunțit în demonologii, bolnavii erau supuși unui tratament sever. Lanțurile, biciul, uneori rugul, erau folosite pentru a combate „influențele demonice" și a-i sili pe demoni să părăsească

Scanned with OKEN Scanner

trupul şi spiritul bolnavului. În acest climat psihoterapia întemeiată pe convingere cu ajutorul argumentelor logice, naturismul hipocratic inspirat de o viziune integralistă asupra omului în natură nu-şi puteau găsi modalităţi de utilizare şi de dezvoltare. Un medic nu lipsit de cunoştinţe şi de intuiţie ca celebrul PARACELSUS (1493—1541) are „concepţii psihiatrice" pe cît de bizare pe atît de brutale. În concepţia lui PARACELSUS, omul bolnav se află în strînsă legătură cu o anumită stea determinantă a simptomului respectiv, aflată la rîndul ei în relaţie cu un anumit animal caracterizat printr-un comportament emoţional specific. Insanitatea ar fi rezultatul unui conflict emoţional între individ şi universul său, o victorie a animalului corespunzător stelei şi ca atare simptomului legat de influenţa acesteia asupra spiritului divin (Saturn ar determina lepra). Bolnavul psihic va fi admonestat, încurajat să se confeseze, i se va explica în ce constă răul (influenţa animalului din om), apoi se va cere vecinilor să-l convingă; dacă nici în acest fel nu se obţine renunţarea la „rătăcirile" sale, singura soluţie rămîne ajutorul bisericii, carcera şi chiar arderea pentru a-l împiedica pe bolnav să devină o unealtă a diavolului (215).

Analogia „medic-educator" se menţine însă în inventarul de idei al epocii.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul VI

FACTORII CONSTITUTIVI AI EDUCAȚIEI TERAPEUTICE

6.1. Materialiștii francezi ai secolului al XVIII-lea ca precursori ai educației terapeutice

Dacă educația terapeutică nu ființează ca atare decît în secolul al XIX-lea, primii pași către o motivare teoretică a funcției terapeutice a educației se fac încă din secolul al XVIII-lea prin punerea în discuție în scrierile materialiștilor francezi a problemei relațiilor între „fizic și moral", adică a raporturilor factorului organic cu cel psihic.

Firește, dacă acești doi factori sînt concepuți în afara oricărei interacțiuni, ideea influenței terapeutice a unuia asupra celuilalt nu este de conceput. Dimpotrivă, evidențierea acestei legături din perspectiva fiziologului și a psihologului oferă argumente unor concepții etiologice și patogenetice psihosomatice. Or, similibus similia curantur: dacă factorul psihologic poate deveni patogen pentru fizic sau dezechilibrat prin acțiunea bazei sale materiale, el poate acționa și ca factor terapeutic, acțiunea sa neputînd fi considerată ca univocă.

Operînd această unificare, un CONDILLAC, LA METTRIE, CABANIS, un d'HOLBACH, HELVETIUS sau DIDEROT n-au urmărit fundamentarea unei tehnici terapeutice (deși unii dintre ei au fost medici) sau unei terapii psihiatrice. Combaterea dihotomizării omului în „spirit" și „corp", în „moral" și „fizic" se înscria în strategia lor antispiritualistă și anticlericală ca un argument al esenței materiale a omului și a indestructibilei sale legături cu natura.

Semnificativ ne apare interesul pe care l-au manifestat filozofii materialiști pentru cazurile de deprivare senzorială (orbul doctorului Chelsden, surdul din Chartres) sau de copii crescuți de animale, ca și pentru reeducarea handicapaților senzoriali, care oferă

senzualismului lor ireductibil argumente spectaculare. Optimismul pedagogic, uneori exagerat, al acestor gînditori conferă educației puteri pe care, desigur, aceasta nu le are. Succesele surdopedagogiei îi par lui LA METTRIE a justifica aserțiunea educabilității animalelor.

JULIEN OFFRAY DE LA METTRIE cunoaște rolul imaginației în etiopatogenia bolilor psihice („celor ce visează sau aiurează, imaginația le oferă adevărate percepții (165), în timp ce omului sănătos ea nu-i oferă o adevărată percepție"), de asemenea puterea ei de sugestie atunci cînd se asociază „o cauză prezentă internă îndeajuns de puternică, combinată cu o memorie vie" (ea „îl împinge pe omul cel mai lucid în delirul fără febră al melancolicilor"). El știe de asemenea că este inutil să combați delirul cu argumente raționale („la ce ar putea sluji încăpățînarea de a vorbi cu judecată unui om ce nu o mai are?") și preconizează o soluție deosebit de interesantă prin intuiția fiziologică și psihologică pe care o ilustrează: „singurul obiectiv și singura taină a meșteșugului medical este a căuta să trezească în creier o idee mai puternică care să înlăture ideea ridicolă ce stăpînește sufletul". Am spune astăzi că, în această formulare, se preconizează utilizarea principiului dominantei în scopuri terapeutice.

LA METTRIE manifestă un deosebit interes pentru metoda lui AMMAN de reeducare „a surzilor și muților din naștere" pe care acesta îi învață să vorbească. Acestui interes îi datorăm una din primele descrieri ale unor acte educaționale cu elemente terapeutice.

Istoria naturală a sufletului (1745) — în fapt o pledoarie monistă — consemnează metoda lui AMMAN ca pe o sursă de argumente senzualiste. Pedagogul utilizează tehnici compensatorii (combină tactul cu vederea, iar elevul imită și exersează) realizînd astfel anularea unui deficit fiziologic congenital (mutitatea) și compensarea celuilalt (înlocuirea auzului prin labiolectură). Metodele educaționale își demonstrează astfel atotputernicia în confruntarea cu „fizicul". LA METTRIE este atît de entuziasmat de rezultatele obținute prin metoda lui AMMAN încît se declară încredințat că acesta ar putea educa în același mod și „o tînără maimuță inteligentă", aducînd-o pînă la nivelul performanțelor umane.

Lucrarea lui PIERRE-JEAN-GEORGES CABANIS, *Rapports du physique et du moral de l'homme* (50) cuprinzînd 12 memorii, citite în 1796 și 1797 la Institutul Franței, dar apărute în 1802, reprezintă cea mai completă sinteză și cea mai radicală poziție în problema raporturilor psihicului cu baza sa materială, consemnînd în fapt concluzia unui secol de lupte ideologice.

Scanned with OKEN Scanner

Medic şi filozof, CABANIS utilizează într-o perspectivă dialectică o bogată informaţie fiziologică şi o experienţă de practician ajungînd la concluzii notabile prin actualitatea lor.

Între „fizic" (funcţiile organice, factorul anatomofiziologic) şi „moral" (factorul psihologic, îndeosebi afectivitatea şi imaginaţia, dar şi gîndirea) se stabilesc relaţii de strînsă interdependenţă, tulburările înscrise în sfera de acţiune a unuia avînd efecte în sfera celuilalt, deoarece „conservarea întregului în starea sa prezentă ţine de acordul deplin al forţelor care-l mişcă". Nu trebuie să ne mirăm deci „că operaţiile al căror ansamblu poartă numele de moral" concordă cu celelalte operaţii pe care le desemnăm în mod deosebit prin cel de fizic şi că ele acţionează şi reacţionează unul asupra celuilalt. În concepţia lui CABANIS influenţa lor nu este însă egală. Conştient de deosebirea calitativă între cei doi factori, el consideră factorul „moral" ca determinant. În ultimă analiză acest factor este definit ca fiind „sistemul cerebral". Influenţa „organului cerebral" asupra celorlalte organe este motivată prin aceea că nici un alt organ nu poate exercita „în conformitate cu legile economiei vieţii" o cantitate de acţiune mai constantă, mai energică şi mai generală. Prelungirile acestui organ sînt prezente pretutindeni în organism, diversificare ce coexistă cu unitatea de organizare şi continuitate, organele sale sensibile sînt omogene, este dotat cu o sensibilitate vie şi chiar dacă nu este izvorul sensibilităţii celorlalte organe reprezintă cel puţin rezervorul comun care reînnoieşte şi întreţine această sensibilitate; organul cerebral (care îndeplineşte funcţiile unui sistem) exercită de asemenea funcţii importante atît ca fiind cel ce insuflă viaţă întregii „economii animale", cît şi prin faptul că aparţine „organului propriu gîndirii şi voinţei". Astfel că „sistemul cerebral trebuie să exercite în mod constant o putere foarte întinsă asupra tuturor părţilor maşinii vii şi această influenţă trebuie să fie cu atît mai remarcabilă cu cît (acest sistem) îşi exercită funcţiile cu mai multă energie şi activitate. Concluzia este evidentă şi autorul o formulează fără echivoc. „Noi nu mai putem fi deci împiedicaţi să determinăm adevăratul sens al acestei expresii, scrie autorul referindu-se la «influenţa moralului asupra fizicului»; vedem limpede că ea denumeşte influenţa sistemului cerebral, ca organ al gîndirii şi voinţei, asupra altor organe cărora acţiunea sa simpatică (capacitatea de atracţie, n.n.) le poate excita, suspenda şi chiar denatura toate funcţiile. Aceasta este, altceva nu poate fi". O formulare mai limpede a esenţei psihosomaticii şi corticoviscerălismului, o poziţie nervistă mai consecventă este dificil de imaginat.

Ca medic practician (elev al lui DELTHEIL şi profesor de igienă şi clinică medicală), CABANIS este preocupat şi de consecinţele etiopatogenetice ale relaţiei fizicului cu moralul.

Scanned with OKEN Scanner

Starea de boală influenţează direct asupra formării ideilor şi afecţiunilor morale. CABANIS afirmă că a descoperit arta de a combate starea de boală perfecţionînd operaţiile inteligenţei şi „deprinderile voinţei". Din păcate această lucrare, deşi făgăduită de autor, n-a mai fost scrisă, ea ar fi putut fi consemnată evident ca prima contribuţie la istoria educaţiei terapeutice. Totuşi o imagine a ceea ce ar fi putut să fie această „artă" educaţional-terapeutică ne-o sugerează ideile lui CABANIS despre acţiunea pedagogică.

Arta (concepută ca acţiune umană creatoare) aplică de fapt „natura la natură", ea nu este, în fiecare gen, decît sistemul de reguli relative la această aplicare. Dar, susţine CABANIS, intervenţia „artei" (a praxisului, am spune noi) poate determina modificări profunde ale efectelor pe care le implică desfăşurarea obişnuită a lucrurilor; uneori ea poate produce efecte cu totul noi şi în care „legile universului par să asculte de nevoile, pasiunile şi capriciile omului". Instrumentelor pe care le-am primit nemijlocit de la natură, CABANIS le adaugă mijloacele care pot modifica, corija, perfecţiona aceste instrumente originare, mijloace cărora le acordă în ierarhia preocupărilor sale, al doilea loc. Căci, „nu este destul ca lucrătorul să cunoască uneltele primare ale artei sale, el trebuie să cunoască de asemenea uneltele noi care le pot mări şi perfecţiona utilizarea ca şi metodele prin care ele ar putea fi folosite cu mai bune rezultate".

Dacă natura produce omul cu organe şi facultăţi determinate, arta le poate spori, schimba sau dirija utilizarea lor, crea într-un anumit fel alte organe. Acesta este efectul educaţiei care „nu este, la drept vorbind decît arta impresiilor şi deprinderilor".

CABANIS împarte educaţia în „cea care acţionează direct asupra fizicului şi cea care se ocupă în mod deosebit cu deprinderile morale. O bună educaţie fizică fortifică corpul, vindecă mai multe boli, ajută organele să-şi dezvolte aptitudinea de a executa mişcările cerute de nevoile noastre". De aci, mai multă putere şi extensie a facultăţilor spiritului, mai mult echilibru în senzaţii; de aci ideile mai juste şi pasiunile mai înalte. „În educaţia fizică trebuie cuprins fără îndoială şi regimul şi nu numai regimul propriu copiilor, ci, de asemenea, cel ce se potriveşte tuturor epocilor vieţii după cum, sub titlul de educaţie morală, trebuie înţeles de asemenea ansamblul mijloacelor care pot acţiona asupra spiritului şi caracterului omului, de la naştere pînă la moarte. Căci, omul, înconjurat de obiecte care-i aduc necontenit impresii noi, nu-şi întrerupe nici o clipă educaţia. Omul, în viziunea lui CABANIS, este eminamente modificabil, căci aşa cum a afirmat HIPPOCRAT „totul concură, totul conspiră, totul consimte".

Scanned with OKEN Scanner

Terapeutul va acționa asupra ideilor deoarece așa cum boala le poate influența ideile și ideile pot deveni ele însele cauze de boală. „În conformitate cu starea spiritului, cu natura deosebită a ideilor și afecțiunilor morale, acțiunea organelor poate fi rînd pe rînd excitată, suspendată sau cu totul intervertită".

CABANIS acordă o mare importanță influenței regimului asupra „funcțiilor organelor gîndirii, asupra determinării înclinațiilor, producerii deprinderilor, într-un cuvînt, asupra sistemului moral al omului". În accepția sa, regimul este „ansamblul deprinderilor fizice, fie impuse de necesități, fie trasate prin intermediul artei, conform cu vederi arbitrare și care sînt opera gustului și alegerii indivizilor". Folosirea zilnică a aerului, alimentelor, băuturilor, veghei și somnului și diferitelor activități, exercită o influență cu mare arie de acțiune asupra ideilor, pasiunilor, deprinderilor, asupra stării morale. În consecință un rol deosebit revine igienei. De o atenție deosebită se bucură munca. Medicul CABANIS consideră că activitatea zilnică exercită asupra temperamentului o influență deosebit de însemnată. Diferitele activități productive pot cînd servi ca mijloc de vindecare pentru boli anterioare, cînd da naștere în mod artificial unor boli noi; ele determină aproape toate deprinderile accidentale ale vieții; moralul și fizicul le sînt în mod egal subordonate sub un mare număr de raporturi. Dacă activitatea sedentară poate condiționa tulburări ale sistemului nervos și cea „violentă" induce comportamente corespunzătoare, munca se definește îndeosebi sub aspectul său terapeutic. Există puține boli cronice cărora exercițiul fizic să nu le fie nemijlocit util; unele nici nu cer alt tratament.

6.2. Primele izvoare ale educației terapeutice

Educația terapeutică în sensul utilizării conștiente a unor metode cu finalitate explicit educațională în scopuri terapeutice apare la începutul secolului al XIX-lea, sub influența nemijlocită a ideilor materialiste, în climatul de optimism pedagogic firesc la niște discipoli ai lui LOCKE, cum erau primii educatori terapeuți și are, după opinia noastră, trei izvoare constitutive: experiența primilor surdopedagogi și tiflopedagogi, reforma asistenței psihiatrice, încercările de educare ale unor copii crescuți de animale, încercări ce au pus bazele oligofrenopedagogiei. Istoria păstrase în operele din colecția hipocratică, în scrierile unui CELSUS și CAELIUS AURELIANUS informații cu privire, la utilizarea parțială a unor metode educaționale în scopuri terapeutice. Pentru prima dată însă, în civilizația

Scanned with OKEN Scanner

europeană, se afirmă atît de clar ideea că educaţia poate realiza mai mult decît modelarea unor copii sănătoşi în scopul inserţiei sociale, că ea poate îndrepta devierile patologice, că poate repara deficitele fiziologice.

Poziţiilor teoretice li s-au adăugat fapte de experienţă care demonstrau educabilitatea funcţiilor senzoriale şi a comportamentelor patologice. Practicienii erau siliţi să-şi inventeze ei înşişi metodologia şi să o adapteze deficitului respectiv ceea ce făcea inevitabilă întîlnirea cu fiziologia. Medicii trebuiau să găsească acestui mod de acţiune terapeutică o motivaţie şi o încadrare în structurile terapeutice habituale. Ei erau astfel orientaţi în mod firesc spre pedagogie. Medicul devine „un educator ce se apleacă zilnic asupra fiinţei pe care o educă, metodele sînt elaborate pe măsură ce subiectul este studiat în fazele succesive ale dezvoltării sale şi constituţiei sale psihofiziologice particulare". Această atitudine ce se impunea cu necesitate în timpul reconstrucţiei terapeutice a fost păstrată de medicii care s-au ocupat de educaţia anormalilor (192). Aşa au apărut medicii educatori care — de la ITARD şi SÉGUIN la MONTESSORI şi DECROLY — au adus pedagogiei în general o contribuţie de o valoare incontestabilă.

6.3. Ph. Pinel şi reforma asistenţei psihiatrice. Pedagogie şi pedagogism în terapia bolilor psihice

Poate că, în nici un alt domeniu al practicii sociale, cu excepţia educaţiei, n-a fost resimţită mai puternic influenţa materialiştilor francezi ca în medicina spiritului. Influenţă deloc întîmplătoare. Senzualismul materialist ca modalitate teoretică, optimismul pedagogic în sfera practicii, au considerat că descoperă nu numai în copiii aflaţi în pragul educaţiei, dar — prin analogie — şi în adulţii pe care tulburările spiritului îi coborîseră la nivelul comportamentului infantil, modele ideale pentru experimentare. Astfel se putea demonstra prin demersuri succesive că nimic nu există în intelect dacă nu a fost mai întîi în simţuri şi că, de vreme ce totul poate fi în simţurile oricui, intelectul tuturor poate primi tot (sau foarte mult — cum observă mai realist DIDEROT). Chiar şi tulburările spiritului, deformarea realităţii ce rezultă din aceste devieri ar putea fi reglate dacă s-ar explica bolnavului cu răbdare în ce constă erorile sale şi dacă s-ar oferi „fizicului" şi „moralului" său o educaţie readaptativă corespunzătoare. Aceasta era ipoteza reformatorilor psihiatriei, a lui PINEL şi a contemporanilor săi.

Scanned with OKEN Scanner

Astăzi, o astfel de poziţie didacticistă ne apare ca expresie a unui foarte scăzut nivel al cunoştinţelor psihiatrice, nozologiei şi mecanismelor etiopatogenetice ale bolilor psihice, dar la sfîrşitul secolului al XVIII-lea ideea că medicul trebuie să-l înlocuiască pe temnicer şi că bolnavul psihic are dreptul la respect şi afecţiune, că el este educabil şi poate fi readus la raţiune dacă ne adresăm sufletului său, a prezidat la naşterea psihiatriei moderne. Această reformă fundamentală s-a făcut sub lozinca „regimului moral" care este, într-o măsură importantă, un regim educaţional.

Istoria psihiatriei a înregistrat ca moment iniţial al naşterii etapei sale moderne ceea ce s-a numit „gestul lui PINEL". Între anii 1793 şi 1795, marele psihiatru PH. PINEL, numit medic şef al ospiciului de alienaţi de la Bicêtre scoate lanţurile unor bolnavi mintali. Reforma se generalizează în 1798 (275). Gestul lui PINEL a apărut contemporanilor ca fiind un fapt de excepţie, deoarece alienaţii mai erau consideraţi ca nişte culpabili şi trataţi ca atare. „Nebunii, legaţi în celulele lor slujeau, ca animalele menajeriei, pentru amuzamentul publicului care-i vizita în zilele de sărbătoare. Această comportare nesăbuită — observă R. SEMELAIGNE (261) — cerea o reacţie mai umană: atunci apăru PINEL". În realitate, reforma psihiatriei era resimţită ca o necesitate generală. Contemporani ai lui PINEL ca JOSEPH DAQUIN în Savoia şi VINCENZO CHIARUGI la Florenţa (1794), realizează liberalizarea regimului aplicat bolnavilor psihici. Iar în Anglia, WILLIAM TUKE, lansează principiul „non restraint" (al neconstrîngerii corporale) construind la York un azil de la care porneşte reforma asistenţei psihiatrice. Dar PH. PINEL, „a fost totuşi, incontestabil, figura de mare prestigiu, centrală, a acestei epoci" (39).

Discipol al lui LOCKE şi CONDILLAC cărora „le-a analizat profund lucrările" (226) excepţional psiholog şi clinician, dotat cu spirit de observaţie şi mai ales cu multă omenie, PINEL caută să-şi convingă contemporanii că „alienaţii, departe de a fi vinovaţi ce trebuie pedepsiţi, sînt bolnavi, a căror stare grea merită toată bunăvoinţa cuvenită celor suferinzi, fiind necesar să se caute pentru ei cele mai simple metode de a li se restabili raţiunea rătăcită". O anumită sechelă a vechii mentalităţi se păstrează şi în concepţia lui PINEL: nefiind un vinovat, bolnavul este considerat totuşi ca un om ce greşeşte şi care trebuie să fie adus la adevăr. Mijloacele represive nu lipsesc, dar ele au un caracter tranzitoriu şi sînt utilizate mai mult pentru protejarea celor din jur. Metodele preconizate îndeosebi sînt însă cele bazate pe cîştigarea afecţiunii bolnavilor, pe activizarea lor, pe inserţia socială şi relaţia amicală a terapeutului cu ei.

Scanned with OKEN Scanner

În al său *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (226), titlu semnificativ pentru orientarea teoretică a concepţiilor sale, PINEL, alături de farmacoterapia şi fizioterapia uzuale, formulează o autentică terapie educaţională a bolilor psihice.

În viziunea lui PINEL, bolnavul psihic, violent, iraţional şi capricios, inegal în comportare, deosebit de influenţabil sau insensibil la orice influenţă, victimă a unei stări de spirit trecătoare, prea inert sau prea mobil, apare ca un regresat intelectual, afectiv şi comportamental, redevenit oarecum asemănător copiilor şi ca atare compatibil cu un sistem educaţional în care bunăvoinţa şi asprimea, răsplata şi pedeapsa, activitatea ca mijloc de educaţie fizică şi morală, dar mai ales relaţia educaţional-terapeutică instituie un „regim moral".

Cunoaşterea minuţioasă a psihologiei bolnavului, urmărirea permanentă a schimbărilor survenite în dinamica sa afectivă şi îndeosebi motivarea psihologică a tuturor actelor terapeutului, sincronizarea măsurilor preconizate cu starea de fapt a bolnavului sînt principii fundamentale ale concepţiei lui PINEL.

Terapia prin muncă sub forma „exerciţiilor corporale variate sau aplicarea la o muncă mecanică" este considerată de PINEL ca „lege fundamentală a oricărui ospiciu de alienaţi", „cea mai sigură şi poate unica garanţie a menţinerii sănătăţii, bunelor moravuri şi ordinei". „Le travail mécanique" (el era cerut şi în unele proiecte de învăţămînt din timpul Revoluţiei franceze) se referă în accepţiunea lui PINEL la munca agricolă, dar şi la cea manufacturieră.

Munca este recomandabilă marii majorităţi a bolnavilor, ea înlătură inerţia, mobilitatea continuă şi inutilă, efervescenţa nocivă a imaginaţiei, obişnuinţa comportării irascibile şi toate abaterile datorate unei exaltări delirante.

O muncă constantă schimbă lanţul vicios al ideilor, „fixează facultăţile înţelegerii, exersîndu-le". Întoarcerea alienaţilor convalescenţi la gusturile lor primitive, la exerciţiul profesiunilor, zelul şi perseverenţa în muncă sînt semne ale unei vindecări solide: aidoma copiilor, alienaţii convalescenţi cărora li „se dă un aliment înclinaţiei lor naturale pentru mişcările corporale şi exerciţii" scapă de „indolenţă, lenevie şi vicii". Acest principiu a obţinut acordul deplin al medicinii vechi şi moderne. Atunci cînd reapare gustul bolnavului pentru arte, ştiinţe, literatură, această restituţie va fi folosită „pentru a favoriza şi accelera dezvoltarea facultăţilor morale" şi ea va fi luată în considerare de supraveghetor cu maximum de atenţie. Un fost literat este supus unui „exerciţiu moral",

Scanned with OKEN Scanner

dindu-i-se posibilitatea să scrie versuri, un fost muzician este îndrumat să exerseze zilnic la vioară, un sculptor obţine posibilitatea de a desena. Munca trebuie prescrisă în conformitate cu posibilităţile intelectuale şi pregătirea fiecăruia. Este necesar un regim riguros al vieţii de zi cu zi cu o organizare minuţioasă a fiecărei acţiuni în timp.

„Tratamentul moral" impune ca principiu capital existenţa unui „centru general de autoritate" factor unic de conducere şi decizie atît în ceea ce priveşte comportamentul personalului (căruia i se interzice orice maltratare a bolnavului), cît şi pentru sancţionarea sau recompensarea bolnavilor, aprobarea vizitelor, prescrierea tratamentului. Deciziile acestui personaj sînt fără drept de apel.

Speranţa de a reda societăţii „oameni care par pierduţi pentru ea" impune tratarea atentă şi diferenţiată a convalescenţilor şi a celor intermitent lucizi. Ei vor fi izolaţi de ceilalţi bolnavi, pentru a se evita recăderile şi „vor fi supuşi unui fel de educaţie morală" („institution morale") proprie „dezvoltării şi fortificării facultăţilor înţelegerii". Dar „cîtă circumspecţie, ce lumini, cîtă înţelepciune pentru a dirija oameni în general foarte pătrunzători, bănuitori şi cu un caracter foarte irascibil"! Cum să-i supui unei ordini constante şi invariabile, dacă nu exerciţi asupra lor un ascendent natural prin calităţi fizice şi morale din cele mai rare? Sînt maxime fundamentale pe care nu contenesc a le inculca. El regăseşte aceste principii şi în practica lui JOHN HASLAM, reformatorul de la ospiciul din Bethleem, ale cărui reflecţii le aprobă. „Este un obiectiv foarte important, spune HASLAM (în lucrarea sa *Observations on insanity with practical remarcs on the disease* etc., — London 1798), a cîştiga încrederea acestor infirmi şi de a exersa în ei sentimente de respect şi supunere ceea ce nu poate fi decît fructul superiorităţii discernămîntului, al unei educaţii distinse şi al demnităţii în ton şi maniere."

Cel mai frecvent este utilizată *convorbirea*. Se analizează împreună cu bolnavul lipsa de temei a unor afirmaţii, pornindu-se de la confruntarea acestuia cu realitatea. Un delirant (maniac — spune PINEL, în terminologia timpului), care se pretinde rege, este întrebat de ce, dacă are astfel de puteri, nu poate face să-i înceteze detenţiunea. Bolnavul nu găseşte un răspuns, convingerea sa nu rezistă la confruntarea cu logica simplă a realităţii şi, ne asigură autorul, în cincisprezece zile se operează „o revoluţie morală" neaşteptată, care-l readuce pe bolnav în familie.

Astfel, eliminarea sechelelor medievale din asistenţa bolnavilor psihici s-a realizat, în prima etapă a psihiatriei moderne, sub steagul unei concepţii pedagogizante. Raportate la cunoştinţele actuale de

Scanned with OKEN Scanner

psihiatrie, metodele preconizate de PINEL și mai ales optimismul său cu privire la efectele moralizării bolnavilor psihici ne apar ca exagerate și naive. Încrederea, uneori excesivă, pe care psihiatrul francez o acordă metodelor educaționale se explică însă prin nivelul scăzut la care se afla terapia psihiatrică în general și farmacoterapia în special, căreia PINEL îi acorda dealtfel o stimă relativă.

Ideile lui PINEL cu privire la tratamentul moral au dominat psihiatria primei jumătăți a secolului al XIX-lea. Se creează ferme și ateliere pentru ca tratamentul să fie în același timp „moral și fizic" (G. FERRUS, J. P. FALRET), se studiază „utilitatea curajului și reacției morale" în terapia bolilor psihice (F. VOISIN).

FR. DUBOIS din Amiens (85) recomandă în tratamentul ipohondriei și isteriei o autentică strategie medico-pedagogică în trei etape, împletind regimul educațional, educația fizică și „tratamentul intelectual" constînd din convorbiri prin care se urmărește convingerea bolnavului asupra lipsei de gravitate a bolii sale. Medicina este considerată ca o știință morală, iar medicului i se cere ca „printr-o educație severă" să se opună relelor urmări ale unei „constituții eminamente perverse", înlocuind impresiile negative prin exerciții și „vorbind spiritului prin intermediul ideilor", spre a schimba natura impresiilor și senzațiilor.

În Anglia, unde opera lui WILLIAM TUKE își arăta roadele, doctorul CONNOLY introduce la azilul din Hamwell regimul „nonrestraint" socotit de francezul BRIERRE DE BOISMONT ca excesiv de liber. „După acest sistem (nonrestraint) alienatul, scăpat de orice piedică este încredințat gardienilor care-i vorbesc și-l tratează cu blîndețe... alienații se plimbă în libertate la aer și lumină... galeriile sînt împodobite cu tablouri și flori și duc la săli de adunare unde se întîlnesc pensionarii din diferite clase, găsind cărți, ziare și alte mijloace de a se distra".

PH. PINEL cita succesele terapeutice excepționale obținute prin ergoterapie la azilul din Saragossa (Spania). Se efectuează munci agricole, bolnavii îndeplinesc diferite sarcini în gospodăria azilului. Ei sînt împărțiți în grupe separate, cu sarcini individualizate. Activitatea este permanentă, ca și dispoziția afectivă pozitivă a bolnavilor. „Experiența cea mai constantă a arătat în acest ospiciu că (munca) este mijlocul cel mai eficace de a fi redat rațiunii".

La azilul din Amsterdam, bolnavii erau primiți cu blîndețe, li se cîștiga încrederea și printr-o persuasiune sistematică erau readuși la rațiune.

Psihiatria germană cunoaște la începutul secolului al XIX-lea „Școala morală" ilustrată îndeosebi de HEINROTH și IDELER. Concepția acestei școli despre boala psihică dezvolta ideea lui STAHL, fondatorul animismului. „Pentru STAHL, moralitatea reprezintă principiul ordinii în viața sufletului; imoralitatea este cauza unică a oricărei perturbări maladive intercurente"

Scanned with OKEN Scanner

(P. GUIRAUD 119). HEINROTH (1818) consideră că tendința activă a naturii umane deviată spre rău poate orienta sensibilitatea umană spre plăcerile terestre. Sensibilitatea astfel exaltată, neputînd fi dirijată de conștiința morală, și ca atare modelată de egoism, sfîrșește prin a domni fără reguli. Pe acest teren apare alienația mintală.

De pe poziții sensibil asemănătoare (și care evocă pozițiile stoicilor) IDELER (1848) consideră că medicina corpului ca și filozofia „nu pot explica patologia mentală". Psihiatria are un domeniu distinct. Terapeutica are de asemenea un caracter particular. Cea mai bună profilaxie a alienației constă într-o bună educație a copilului în cadrul căreia să se realizeze un echilibru perfect al înclinațiilor pentru ca binele să nu piardă controlul asupra sensibilității. „Tratamentul propriu-zis constă mai ales din influența morală a medicului".

P. GUIRAUD atrage atenția asupra asemănărilor pe care teoriile școlii morale germane le prezintă cu concepțiile psihanalitice: importanța dată tulburărilor de origină instinctivo-afectivă, explicația psihogenă, conștiința morală a lui HEINROTH și supraeul lui FREUD (114). Și, adăugăm noi, anticipînd, metodele cu caracter educațional.

Într-adevăr, terapeutica acestei școli de orientare spiritualistă are un caracter educațional explicit.

Pentru școala germană și îndeosebi pentru IDELER „a vindeca un bolnav înseamnă a-l readuce la condițiile primare ale unității, înseamnă a restabili ordinea în locul dezordinii. În acest scop trebuie parcurse etapele intermediare prin care bolnavul a ajuns la alienație.

Trecerea de la normalitate la alienație se face prin pasiune. Restabilirea sănătății morale se realizează parcurgînd în sens invers aceleași trepte pe care a păşit pasiunea spre maxima ei intensitate. Procedînd astfel pasiunea scade sub acțiunea unei forțe exterioare, care o îmblînzește. Scăderea intensității pasionale îngăduie trezirea unei înclinații active care prin luptă restabilește în mod gradat echilibrul" (GUIRAUD, 119).

Inițiată sub semnul ideilor progresiste care au umanizat tratamentul bolnavilor psihici, orientarea educațional-terapeutică pineliană a suscitat și unele critici îndreptățite care afectează însuși fundamentul ei teoretic. Psihologismul excesiv care ignoră factorii biologici și sociali, reducționismul sensualist, optimismul pedagogic naiv dedus din concepțiile lui LOCKE și CONDILLAC, au orientat tratamentul moral, după PINEL, spre un pedagogism excesiv și artificial. Analogia falsă între infantil și infantilism, între adultul deteriorat psihic și copilul sănătos, considerarea manifestărilor psihopatologice ca erori și a convingerii verbale ca metodă de tratament a ideilor delirante a generat un paternalism care, în scopul „convin-

Scanned with OKEN Scanner

gerii" pacientului, nu refuză metodele dure. „O singură coardă vibrează încă în ei, cea a durerii, să aveți curajul a o atinge", scrie LAURET (261).

Umanismul pinelian, raționalist și sentimental este astfel înlocuit cu un regim coercitiv nu lipsit de brutalitate, din care nu lipsesc dușurile, admonestările, sancțiunile, o permanentă hărțuială astfel că pacientul va simula acceptarea opiniei medicului spre a scăpa de agresiune, fără ca totuși ideile sale delirante să fie mai puțin active.

Cu J. MOREAU (de Tours), 1804—1884, cunoscut ca unul dintre primii psihofarmacologi care a efectuat cercetări privind efectul haşişului asupra psihicului, optimismul pinelian este pus vădit în discuție. Pe baza unor lungi și perseverente cercetări asupra cauzelor ce predispun la alienație, idioție și imbecilitate, MOREAU ajunge la concluzia că educația nu este capabilă nici să adauge și nici să restrîngă energia nativă a facultăților noastre, influența eredității fiind preponderentă: „dispozițiile spirituale care-l fac pe un om să se distingă de alți oameni prin originalitatea ideilor și concepțiilor sale, prin transcendența facultăților sale intelectuale, își au izvorul în aceleași condițiuni organice ca diferitele tulburări morale ale căror expresii mai complete sînt nebunia și idioția" (R. SEMELAIGNE, 261).

Dezvoltarea ulterioară a teoriei și practicii psihiatrice va afirma în mod limpede caracterul medical al terapiei psihiatrice așezînd demersul educațional-terapeutic într-un context mai adecvat posibilităților și limitelor sale.

6.4. Educarea deficienților senzoriali ca sursă constitutivă a educației terapeutice

Realizările primilor tiflopedagogi și surdopedagogi prezintă o dublă însemnătate pentru educația terapeutică.

Sub aspect practic, aceste realizări coroborează la constituirea primei serii de metode și procedee ale unei ortopedii educaționale, care se va închega în tot cursul secolului al XIX-lea devenind cu timpul o autentică ortopedagogie.

Desigur tiflopedagogia și surdopedagogia nu sînt în aceeași măsură „terapeutice". Compensarea analizatorului vizual prin cel tactil reprezintă o înlocuire, o protezare. Adaptarea subiectului la mediul înconjurător este ameliorată, dar organul lezat nu-și recapătă funcția. Dimpotrivă, reeducarea vorbirii chiar și în condițiile

Scanned with OKEN Scanner

absenței auzului constituie o acțiune nemijlocit reparatorie, care elimină un deficit organic și repune fiziologicul în drepturile sale.

Totuși, în etapa la care ne referim, capacitatea de creație a unor excepționali pedagogi, solicitată de problemele pe care le punea cele două forme de deficit a înzestrat ortopedagogia cu numeroase procedee care ulterior au intrat în fondul ei metodic general putînd fi aplicate în situații variate.

Primele tehnici educative folosite în instruirea orbilor apar încă în epoca Renașterii. În Spania și Italia se utilizează litere de lemn de dimensiuni mari ca material didactic pentru învățarea scris-cititului. În Anglia, se învăța calculul cu ajutorul unor plăci pe care erau fixate cuie de lemn. În Germania se utilizau hărți geografice în relief, pentru instrucția orbilor.

Cu VALENTIN HAUY (1745—1882) metodele clasice (forme ale literelor și cifre în relief) sînt integrate într-o structură metodică unitară, iar alfabetul lui BRAILLE (1825) devine „instrumentul esențial al educației intelectuale a tinerilor orbi datorită simplității și perfectei sale adaptări la nevoile tuturor" (DEBESSE, 67, 71). Contribuția esențială a tiflopedagogiei la ortopedagogie constă mai ales în fundamentarea educației tactului. În mod firesc metodica tiflopedagogică a acordat o atenție specială educării și dezvoltării stereognoziei, cunoașterii cît mai profunde a realității prin intermediul factorului haptic. S-a acordat de asemenea atenție dezvoltării analizatorului auditiv care în interacțiune cu analizatorul tactil, constituie instrumentul de percepție și orientare al nevăzătorului. Prin antrenarea analizatorului tactil se realizează perceperea unor schimbări deosebit de fine în mediul fizic înconjurător.

Educarea analizatorului tactil a fost utilizată și în reeducarea unor bolnavi cu afecțiuni localizate ale creierului, în oligofrenopedagogie și, prin intermediul metodicii montessoriene, a pătruns în pedagogia preșcolară.

Tiflopedagogia aduce de asemenea o contribuție teoretică la definirea conceptului de compensare a funcțiilor senzoriale. Demonstrarea posibilității de a suplini funcția unui analizator prin specializarea intensivă a altuia și a realiza în acest mod o informare suficientă, deși parțială, a subiectului cu privire la mediul extern, a devenit un principiu operațional fundamental al educației terapeutice. Pe de altă parte, rezultatele obținute de tiflopedagogi în educarea analizatorului tactil au demonstrat că posibilitățile funcționale ale analizatorilor sînt mult superioare celor pe care le pune în valoare educația copilului normal.

Scanned with OKEN Scanner

O participare deosebit de valoroasă la constituirea unei ortopedii educaționale se realizează prin dezvoltarea în secolul al XVIII-lea, a metodei orale de educare a surdomuților. Fără a subaprecia contribuția pe care a putut-o aduce metoda „semnelor metodice" a abatelui DE L'EPÉE sau alte procedee gestuale în lărgirea posibilităților de educare a unui număr cît mai mare de copii, socotim că funcția terapeutică a surdopedagogiei s-a realizat cu adevărat mai ales prin intervenția metodei orale care aduce modificări structurale psihofiziologice, eliminînd un deficit organic.

Primul inventator al metodei orale pare a fi fost călugărul benedictin spaniol PEDRO PONCE DE LEON (decedat în 1584?) de la care nu s-a păstrat nici o scriere, dar ale cărui rezultate practice sînt semnalate de mai mulți contemporani. El pornea de la gesturile naturale fixate prin convenție, pentru a stabili primul contact cu elevii, apoi începea demutizarea prin articularea sunetelor și cuvintelor, dar fără labiolectură. Procedînd astfel, Ponce izbuti să formeze la elevii săi „o vorbire inteligibilă, o limbă vorbită și scrisă corect, cunoașterea calculului, a limbilor vechi etc."

PABLO BONNET (1579—1633), autorul unei „Art d'enseigner à parler aux muets", tradusă timp de trei secole în numeroase limbi, definește fără echivoc principiul compensației analizatorilor ca principiu metodic în educarea surzilor: „rămîne stabilit că nu putem utiliza urechea; vom fi siliți deci să suplinim acest simț cu văzul; desigur că, ochiul nu va putea înregistra sunetele dar va putea cel puțin să distingă mișcările prin care ele se formează și aceasta cu o astfel de exactitate și perfecție încît mutul va fi în stare să reproducă vocea ca și cum ar fi auzit-o" (67). BONNET utilizează dactilologia, diferite poziții ale degetelor desemnînd un sunet și formulează principii ale tehnicii demutizării.

În Anglia, doctorul JOHN BULWER demonstrează încă în secolul al XVII-lea posibilitatea labiolecturii, iar autorul tratatului *De Loquela*, JOHN WALLIS (1661—1698) reeducă mai mulți surdomuți și face încercări logopedice (vindecarea balbismului). Metodica sa are o orientare lingvistică, WALLIS acordînd o atenție mai mare limbajului scris decît celui vorbit.

Unii contemporani ai săi (THOLLON, LA METTRIE) au fost înclinați să acorde elvețianului CONRAD AMANN (1669—1724), stabilit ca medic la Amsterdam, cinstea de a fi inventat metoda orală. În realitate, așa cum precizează M. DEBESSE, el se inspiră în același timp din contribuția spaniolilor și englezilor, fiind dealtfel în corespondență cu WALLIS. Preocupat încă din tinerețe de problematica vorbirii (este autorul, foarte tînăr, al unei „Dizertații asupra vorbirii"), AMANN clasează sunetele în categorii utile din punct de vedere metodologic, apoi demonstrează elevilor săi modalitatea pronunțării sunetului și silabei. El utilizează ca mijloace auxiliare controlul în oglindă și întărirea tactil-chinestezică prin perceperea vibrațiilor nasului și

Scanned with OKEN Scanner

gîtlejului. El acordă o anumită însemnătate şi labiolecturii (P. OLÉRON), (202, 214).

Deşi nu este primul pedagog care foloseşte în Franţa metoda orală (la Amiens funcţionase şcoala întemeiată de ETIENNE DE FAY, surd din naştere, educat într-o mănăstire), cel care şi-a uimit cu adevărat contemporanii prin succesele sale este evreul portughez (dar naturalizat francez) J. R. PÊREIRE (1715—1780), apreciat de DIDEROT care s-a inspirat din activitatea sa în compunerea „Scrisorii despre surdomuţi" (1751), de BUFFON, care i-a consemnat metoda în a sa *Istorie naturală* şi de ED. SÉGUIN, care-l consideră drept un predecesor şi relatează cu deosebită admiraţie succesul obţinut de pedagog în educarea domnişoarei D'ORLÉANS. PÉREIRE a educat cu acelaşi succes doisprezece elevi, a fondat la Bordeaux o şcoală gratuită pentru surdomuţi (SÉGUIN) şi a prezentat un memoriu Academiei de Ştiinţe, dar n-a dezvăluit nimănui metoda sa.

Pe la jumătatea secolului al XVIII-lea, metodica educării surdomuţilor se conturase, cel puţin în liniile sale generale. Pornindu-se de la observaţia că mutitatea este determinată de surditate şi că în aceste condiţii, aparatul fonator nu-şi pierde potenţele funcţionale putînd beneficia de învăţare şi exerciţiu, iar posibilităţile intelectuale ale copilului nu sînt afectate, s-a întreprins şi s-a realizat clasarea sunetelor, cuvintelor şi articulărilor astfel încît învăţarea lor să fie facilitată. Asocierea cuvîntului cu ideea, utilizarea intuiţiei, limbajul gestual spontan ca mijloc de contact, lectura labială, interacţiunea vederii şi a tactului fac parte din arsenalul metodic al surdopedagogilor. În polemica sa cu abatele DE L'EPÉE, HEINECKE (1729—1790), fondatorul şcolii din Leipzig (1778) critică „metoda semnelor metodice" tocmai pentru că nu permite elaborarea gîndirii abstracte. Dealtfel nici DE L'EPÉE nu ignora valoarea metodei orale. În acest sens, DEBESSE citează o opinie semnificativă: „Surdomutul nu este redat cu totul realităţii decît atunci cînd este învăţat să se exprime cu voce tare şi să citească vorbirea pe buze" scrie părintele metodei „semnelor metodice" (67).

O idee deosebit de originală care îi conferă calitatea de precursor al surdopedagogiei moderne aşa cum educarea „sălbaticului din Aveyron" i-a conferit-o pe cea de întemeietor al oligofrenopedagogiei îi aparţine lui J. M. ITARD (1774—1838). Specialist în otologie, medic al Institutului naţional de surdomuţi, ITARD preconizează acţiunea asupra urechii prin reeducarea resturilor de auz (metoda auriculară) concomitent cu reeducarea vorbirii, idee pe care SÉGUIN a introdus-o ulterior în instituţiile sale din Statele Unite.

Scanned with OKEN Scanner

Reeducarea vorbirii a oferit ortopedagogiei metode a căror utilizare a depăşit aria de acţiune originară. Educarea vorbirii oligofrenilor, logopedia, reabilitarea afazicilor, au găsit în ortopedia vorbirii elaborată de surdopedagogi, tehnicile şi procedeele de bază ale acţiunii lor.

6.5. Contribuţia oligofrenopedagogiei la constituirea educaţiei terapeutice. J. M. Itard şi E. Séguin

În anul 1797, în Aveyron (departamentul Tarn) este descoperit un copil sălbăticit. Era o fiinţă umană, crescută departe de societatea oamenilor, comportamentul său amintind mai curînd pe cel al animalelor. Adus la Paris, şi internat la Institutul pentru surdomuţi, „sălbaticul" din Aveyron este încredinţat doctorului J. M. ITARD.

Discipol consecvent în teorie şi practică al lui LOCKE şi CONDILLAC, elev al lui PINEL şi admirator al „regimului moral", teoretician şi practician al educaţiei surdomuţilor, JEAN MARIE ITARD (1774—1838) a sintetizat în creaţia sa pedagogică curente de idei şi orientări aplicative, care unesc senzualismul materialiştilor francezi cu ideile pedagogice ale lui ROUSSEAU şi PESTALOZZI.

Într-adevăr, didactica lui ITARD nu reprezintă o inovaţie absolută. Cerinţa educaţiei senzoriale este formulată fără echivoc şi fundamentată teoretic în cartea a II-a a lui *Emile* („A exersa simţurile nu înseamnă numai să le folosim, înseamnă a învăţa să judecăm bine prin ele, a învăţa, ca să spunem aşa, să simţim, căci nu ştim nici să atingem, nici să vedem, nici să auzim decît aşa cum am învăţat" (232) generalizînd o orientare ale cărei origini le găsim încă la RABELAIS şi COMENIUS. Intuiţia pestalozziană — apărută în epoca în care ITARD îşi desfăşura laborioasa sa activitate — inaugurează o metodică a învăţămîntului elementar întemeiată pe solicitarea experienţei nemijlocite („Din momentul în care mama îşi poartă copilul în braţe, ea îl instruieşte; ea îl instruieşte apropiind de simţurile lui obiectele pe care natura i le prezintă răspîndite, îndepărtate şi neclare, făcîndu-i practica intuiţiei uşoară, plăcută şi atrăgătoare şi mai tîrziu cunoaşterea însăşi care rezultă de aici", (209). Meritul deosebit de însemnat al lui ITARD constă însă în demonstrarea valorii terapeutice a cuceririlor pedagogice ale vremii sale pe care a relevat-o în contextul unuia dintre cele mai fascinante experimente din cîte a consemnat istoria pedagogiei.

Scanned with OKEN Scanner

Educarea copilului din Aveyron se prezintă, într-adevăr, ca un experiment în măsura în care suscită confruntarea a două poziţii ce par incompatibile: o poziţie organicistă reprezentată de însuşi PINEL şi una educaţională a cărei justificare o întreprinde ITARD.

PINEL, care fusese consultat, ajunsese la concluzia că nu era vorba despre un individ lipsit de posibilităţi intelectuale datorită existenţei sale deosebite, ci de un oligofren congenital aflat la nivelul idioţiei. La cei 11 ani ai săi, Victor (cum îl va numi ITARD mai tîrziu) era complet lipsit de orice experienţă a convieţuirii cu oamenii, „un copil de o murdărie dezgustătoare, copleşit de mişcări spasmodice şi adeseori convulsive, legănîndu-se fără încetare ca unele animale de la menajerie, muşcînd şi zgîriind pe cei care-l serveau, în fine nepăsător la tot, nedînd atenţie nimănui" ITARD, *Mémoire sur les premières developpements de Victor de l'Aveyron*, 1801, (135). Numeroasele sale cicatrice de muşcături demonstrau că luptase din greu pentru a se menţine în viaţă. PINEL evidenţiase inerţia profundă a simţurilor, inferioară unor animale domestice, imposibilitatea de a fixa atenţia asupra unui obiect, incapacitatea de a distinge corpurile în relief de imaginea lor desenată în plan, auzul insensibil şi la zgomote puternice şi la muzică, lipsa totală a vorbirii articulate, a memoriei, a capacităţii de a imita, lipsa oricărui mijloc de comunicaţie, „nelegînd nici expresie, nici intenţie de gesturile şi mişcările corpului său, trecînd repede şi fără rost de la tristeţe apatică la hohote de rîs lipsite de moderaţie".

ITARD nu acceptă însă teza idioţiei congenitale. Discipol al lui CONDILLAC, el este încredinţat că omul nu este „născut", ci construit în condiţiile mediului social. El consideră că „zvîrlit pe acest glob fără forţe fizice şi idei înnăscute, nefiind în stare să se supună prin el însuşi legilor constitutive ale organizării sale care-l cheamă la loc de frunte în sistemul fiinţelor, omul nu-şi poate găsi decît în sînul societăţii locul eminent care i-a fost hotărît în natură şi ar fi, fără civilizaţie, unul din cele mai slabe şi mai puţin inteligente dintre animale". ITARD consideră educarea „sălbaticului" ca fiind pe deplin posibilă. Idioţia acestuia nu se datorează — după el — unui deficit biologic congenital, ci unei insuficienţe socio-culturale.

Capacitatea copilului de a supravieţui în condiţiile dificile ale vieţii animale pentru care nu era în nici un fel înarmat i se pare un argument convingător împotriva aserţiunii care făcea din „sălbatic" un idiot congenital. „Sălbaticul" e mai curînd un deprivat social, un caz medical pur al cărui tratament aparţine medicinii morale. Era aşadar necesar „un tratament medico-pedagogic" adaptat

Scanned with OKEN Scanner

dispozițiilor particulare ale elevului său (A. Medici, 192), în scopul „reconstruirii" intelectului, pornind de la nivelul activității senzoriale pentru a ajunge progresiv la gîndirea abstractă și limbaj.

Pornind de la aceste premise, ITARD construiește un program al „tratamentului moral sau al educației Sălbaticului din Aveyron" cu cinci direcții principale de acțiuni:

1. A-l atașa vieții sociale făcîndu-i-o mai bună decît cea pe care o ducea atunci și îndeosebi, mai asemănătoare vieții pe care o părăsise;
2. A-i trezi sensibilitatea nervoasă prin stimulări mai energice și uneori prin stări sufletești vii.
3. A extinde sfera ideilor sale prin sporirea trebuințelor și multiplicarea raporturilor sale cu ființele înconjurătoare.
4. A-l conduce spre folosirea vorbirii, determinînd exercițiul imitației prin legea imperioasă a necesității.
5. A exersa cîtva timp cu obiectele nevoilor sale fizice cele mai simple operații ale spiritului, determinînd ulterior aplicarea acestora asupra obiectelor instrucției (ITARD, *Mémoire* etc., id.).

Strategia itardiană implica, astfel, cinci trepte succesive, decurgînd una din cealaltă: socializarea, reeducarea psihofiziologică, formarea mecanismelor logice elementare, verbalizarea, pregătirea pentru instrucție. ITARD își mărturisește intenția de a lucra la constituirea unui „sistem de educație medicală", aplicînd un principiu pe care-l consideră a fi „descoperirea lui LOCKE și CONDILLAC", influența puternică pe care acțiunea izolată a simțurilor noastre o exercită asupra formării ideilor noastre. Deosebit de importantă pentru constituirea conceptului de educație terapeutică ne apare convingerea lui ITARD după care „în stadiul actual al cunoștințelor noastre fiziologice mersul învățămîntului poate și trebuie să se lase călăuzit de luminile medicinii moderne, care din toate științele naturale poate coopera cu cea mai mare forță la perfecționarea speciei umane, apreciind anomaliile organice și intelectuale ale fiecărui individ și determinînd în acest mod ce poate face educația pentru el, la ce poate să se aștepte societatea". Ideea se află în *Discursul asupra metodei* „căci însuși spiritul depinde atît de mult de temperament și de aranjamentul organelor corpului încît, dacă este cu putință să se găsească un mijloc oarecare ce i-ar face pe oameni în chip firesc mai înțelepți și mai pricepuți decît au fost pînă acum, cred că numai în medicină trebuie căutat", scrie DESCARTES (76), ITARD subliniază însă nemijlocit relația medicație-educație, inaugurînd astfel o atitudine ale cărei consecințe vor fi resimțite nu numai în terapia educațională, ci și în pedagogia secolului al XX-lea.

Rapoartele adresate autorităților cu privire la metodele aplicate și la rezultatele obținute reprezintă prima contribuție importantă la constituirea

Scanned with OKEN Scanner

oligofrenopedagogiei, dar multe dintre ideile lui ITARD își păstrează utilitatea și în ceea ce privește terapia altor forme de deficit.

Educatorul pornește de la comportamentele originare ale copilului, formate în condițiile existenței sale „naturale". Modul său de a proceda în ceea ce privește alimentația, somnul, tendința de a lenevi, alergatul, reacțiile sale la schimbarea climei sînt restrînse treptat, imprimîndu-se astfel procesului de inserție socială un ritm corespunzător capacității de adaptare a subiectului și realizîndu-se o legătură afectivă care facilitează formarea relației educaționale.

ITARD își propune să formeze la elevul său modalități de reacție umană ceea ce presupune înțelegerea semnificației psihologice și sociale a stimulilor. Educația senzorială, în etapa sa de bază, urmărește „trezirea sensibilității nervoase" a subiectului prin utilizarea unor stimuli termici de o intensitate crescută în scopul diferențierii senzației de „cald" și a celei de „rece" și a condiționării unor comportamente adecvate: apărarea de „cald" prin refuzul unor băi prea calde, de „rece" prin acceptarea hainelor și formarea deprinderilor igienice spre a evita „patul rece și umed". Solicitîndu-se mînia și veselia copilului se urmărește o educație a afectivității, „furia" fiind asociată cu noțiunea de dreptate, iar veselia cu jocul și bucuria de a acționa. Activitatea lucidă a cărei experiență lipsește subiectului, stă la baza constituirii unei ortopedii mintale: prin jocuri adecvate se structurează unele comportamente organizate, se exercită concentrarea și mobilitatea atenției, spiritul de observație, se întreprinde o educație sistematică a mîinii ca instrument de cunoaștere, se „socializează" mirosul și gustul. Formarea unor noi trebuințe și extinderea relațiilor cu mediul extern are ca obiectiv educațional extinderea sferei ideilor. Într-un spirit deosebit de modern, ITARD folosește jocuri cu întărire prin recompensă alimentară, adevărate condiționări operante denumite sugestiv de autor „calculul lăcomiei". „Umanizarea" comportamentului se face prin vizite în birturi, parcuri și grădini. Se încearcă, fără rezultat, educarea vorbirii prin imitație și prin asocierea cuvîntului cu o trebuință nesatisfăcută. Se dezvoltă însă un sistem de comunicare interpersonală prin mimică, pantomimică și reprezentarea acțiunii solicitate. Formulînd un principiu didactic fundamental după care „fiecare dificultate învinsă trebuie să-l ridice pe subiect la nivelul de dezvoltare intelectuală implicat de dificultatea respectivă", ITARD interpune între subiect și trebuințele sale obstacole din ce în ce mai mari și necunoscute anterior. Pentru a le învinge, elevul trebuie să-și utilizeze și deci să-și exerseze „atenția, memoria și judecata".

La un nivel mai înalt se încearcă formarea conceptului de relație între obiect și contur prin suprapunerea obiectului pe desenul adecvat. Diferențierea prin comparare a stimulilor după formă, mărime și culoare, după fragmente și elemente simple se face cu jocuri de tip loto după cum — pentru

Scanned with OKEN Scanner

învățarea formei literelor — se folosesc incastre și litere de metal pentru antrenament stereognozic.

Metodica educării auzului implică izolarea „simțului" educat și concentrarea atenției asupra acestui „simț", stimularea cu stimuli intensi, reproducerea stimulilor, identificarea sursei sunetului și localizarea stimulării.

Dacă Victor a putut fi dotat cu posibilitatea liberului exercițiu al tuturor simțurilor sale și este chiar capabil de atenție și memorare, poate compara, deosebi și judeca, utilizîndu-și facultățile de înțelegere în procesul de instruire — cum raportează optimist autorul, în schimb el nu poate vorbi și înțelege relația între obiect și semnul său, memoria sa rămînînd mecanică, gîndirea concret-situativă, literele constituind așadar pentru el obiecte fără semnificație. Deși poate reproduce cercuri, puncte, linii, scrisul său rămîne „inform". Cu toate că deosebește binele de rău și primește mustrarea și lauda cu comportamente adecvate, rămîne „esențialmente egoist", nu manifestă milă, tristețea sa este nu „un reflex al simpatiei", ci un act de imitație a celuilalt. O criză pubertară intensă pune capăt educării lui Victor.

Experimentul lui ITARD poate fi considerat ca reușit? Dacă pornim de la ipoteza originară a „sălbaticului" pe care educația primită în mijlocul societății l-ar „civiliza" în sensul unei „restitutio ad integrum" a normalității — trebuie să acceptăm că ipoteza formulată inițial nu și-a aflat confirmarea în rezultatele obținute. Dar dacă, făcînd abstracție de etiologia întîrzierii sale psihice îl vom socoti pe Victor drept ceea ce era la începutul experimentului lui ITARD, adică un oligofren plasat la nivelul imbecilității, educat și instruit astfel încît să se fi ridicat la un nivel de eficiență intelectuală și afectivă, superior într-o măsură apreciabilă nivelului original, experimentul poate fi socotit ca izbutit, deoarece este vorba de primul oligofren educat din istoria pedagogiei și medicinii, demonstrîndu-se că o astfel de educație este posibilă. Dealtfel, așa o socotește în concluzie și ITARD propunînd atenției ministrului experiența sa „fie că este considerată ca educație metodică a unui om sălbatic, fie că se mărginesc a o socoti ca pe tratamentul fizic și moral al unora din acele ființe deformate de natură, respinse de societate și abandonate de medicină".

Consecințele experienței se dovediră într-adevăr utile și medicinii și pedagogiei. Ipoteza „sălbaticului prin carența de educație" formulată de ITARD, ca și a „idiotului congenital" apărată de PINEL, erau în aceeași măsură infirmate de fapte.

De fapt, diagnosticul lui PINEL, care vedea în „sălbatic" un oligofren congenital, nu se sprijinea pe fapte. Victor era într-adevăr

Scanned with OKEN Scanner

un întîrziat mintal, dar nu din naştere, ci datorită lipsei de dezvoltare a predispoziţiilor sale umane: limbajul, conştiinţa de sine, gîndirea logică etc., în condiţiile societăţii omeneşti. Este „isolation amentia" a lui Tredgold sau „dementia ex separatione" a lui Rauber. Aşa cum observă MALSON (179), dorinţa de a învăţa şi posibilitatea de a învăţa sînt dovezi că întîrzierea mintală a lui Victor nu avea ca punct de plecare o insuficienţă cerebrală. Dacă ar fi fost aşa, copilul n-ar fi putut supravieţui.

Cazul în sine demonstra însă şi un adevăr mai general, cu implicaţii atît medicale, cît şi pedagogice: lipsa educaţiei în mediul său specific constituie la om cauza unor alterări grave ale substanţei cerebrale, cu consecinţe ireversibile în sensul excluderii unei „restitutio ad integrum". În măsura în care se mai poate recupera ceva, aceasta se poate realiza numai cu ajutorul educaţiei.

Terapia educaţională şi-a aflat în experimentul lui ITARD principii şi metode de acţiune încă utile. „Masajul senzorial", descompunerea mesajului informaţional propus învăţării în elementele sale moleculare, constitutive, metodele ortopedagogice pentru educarea memoriei, atenţiei şi raţionamentului elementar, participarea activă a elevului, materialul didactic adaptat iniţierii succesive în tehnica operaţiilor intelectuale (lotouri, incastre) sînt utile şi astăzi educatorului terapeut. Conceptele de „educaţie fiziologică" şi „educaţie medicală" se datoresc lui ITARD.

Prin intermediul MARIEI MONTESSORI, experimentul său a putut influenţa şi pedagogia copiilor normali.

Ceea ce la ITARD era un experiment efectuat asupra unui caz de excepţie, devine cu EDOUARD SÉGUIN (1812—1880) o metodă de educaţie colectivă şi fundamentează un sistem de învăţămînt.

Cunoscîndu-l pe ITARD prin intermediul tatălui său, medic şi coleg cu educatorul „Sălbatecului din Aveyron", SÉGUIN este iniţiat de acesta în tehnica educaţional-terapeutică pe care o elaborase. Relaţiile cu ESQUIROL ale cărui lucrări despre idioţie îi conferiseră acestuia o autoritate unanim acceptată, îi oferă ocazia de a utiliza moştenirea lui ITARD în educarea unor copii întîrziaţi mintal pe care celebrul psihiatru francez îi încredinţează, dealtfel cu un scepticism nedisimulat, colaboratorului său.

ESQUIROL vedea în dement o fiinţă umană care, din punctul de vedere al intelecţiei, se născuse bogat, dar sărăcise, în timp ce idiotul, era, din acelaşi punct de vedere, născut sărac şi condamnat pentru totdeauna la sărăcie.

Institutor, şi ulterior medic, SÉGUIN uneşte în persoana sa pedagogia şi medicina, dar o face într-un spirit care-l deosebeşte structural de predecesorul său. Lucrările sale *Théorie et pratique*

Scanned with OKEN Scanner

de l'éducation des enfants arriérés et idiots (1842) și *Traitement moral, hygiène et education des idiots et des autres enfants arriérés* (1846) consfințesc ruptura definitivă cu psihologia condillaciană care a stat la temelia educației lui Victor din Aveyron. Este așadar îndreptățită afirmația lui SÉGUIN că metoda sa este tocmai opusul metodei lui ITARD? Dacă ne referim la metodica propriu-zisă, aserțiunea nu este cu totul justificată, căci regăsim la SÉGUIN alături de numeroase procedee proprii, majoritatea exercițiilor preconizate de ITARD și însăși tehnica educației senzoriale. Dacă avem însă în vedere concepția filozofică și psihologia pe care își întemeiază metoda, distanțarea discipolului de convingerile maestrului ne apare ca o realitate.

În acest sens, este îndreptățită critica adusă psihologiei condillaciene „cea mai falsă care putea exista" chiar dacă teoria senzualistă a lui CONDILLAC nu poate fi socotită responsabilă în întregime de eșecul lui ITARD, așa cum consideră SÉGUIN, cauza nereușitei aflîndu-se mai ales în creierul lezat ireversibil al copilului crescut departe de oameni.

Așa cum demonstrează ANGELA MEDICI (192), care a analizat într-o lucrare fundamentală contribuția lui ITARD și SÉGUIN la elaborarea educației moderne, altele erau influențele ce au modelat concepțiile lui EDOUARD SÉGUIN. CABANIS, BICHAT, MAIN DE BIRAN, ROYER COLLARD. VICTOR COUSIN contribuie la apariția și fundamentarea unei reacții anticondillaciene, opunînd imaginii unui spirit constituit ca „element simplu datorat experienței externe" ideea spontaneității și complexității individului.

Permanenta interacțiune a fiziologicului și psihologicului, caracterul original, calitativ deosebit al psihicului uman, raportul dintre voință și persoană ca identitate (VICTOR COUSIN), dinamismul și „activismul" persoanei umane, educarea fiecărui copil „dinăuntru în raport cu posibilitățile sale fizice și morale", sînt idei care alimentează o concepție pedagogică prin definiție activă, voluntaristă. La aceasta se adaugă influența cercurilor saint-simoniste pe care SÉGUIN se pare că le-a frecventat și cărora le datorează critica educației de clasă, cerința egalității tuturor copiilor în ceea ce privește educația. Educația anormalilor îi apare „ca o aplicație necesară a principiului școlarizării fără deosebire de clasă sau de natură".

În concepția lui SÉGUIN, educatorul trebuie să fie un „fiziolog". El menține denumirea de „educație fiziologică" (260) și atunci cînd se referă la aplicarea principiilor și metodelor sale în educarea copiilor normali. Dealtfel, prin intermediul MARIEI MONTESSORI, concepțiile pedagogice ale lui SÉGUIN vor exercita într-adevăr o

Scanned with OKEN Scanner

influenţă notabilă în pedagogia şcolii noi de la începutul secolului al XX-lea.

Lui SÉGUIN i se datoreşte orientarea pedagogică a tratamentului copiilor întîrziaţi mintal. Unele tentative de educare a oligofrenilor pot fi consemnate şi înaintea lui SÉGUIN (BELHOMME, în 1824, la Salpetrière în serviciul lui ESQUIROL, Dr. FERUS — 1828, FR. FALRET — 1831, dr. VOISIN — 1839, la Bicêtre); aceste încercări au avut însă un caracter episodic. SEGUIN are meritul de a fi fondat în 1840 „prima şcoală din lume pentru copii anormali" (182). Această şcoală mai funcţiona în „Ospiciul incurabililor"; ulterior SÉGUIN a mai condus clase asemănătoare şi la Bicêtre. Cu timpul însă educaţia anormalilor s-a inserat într-o măsură din ce în ce mai mare în structurile şcolare obişnuite, constituind învăţămîntul special ajutător. Instituţiile respective s-au numit într-o vreme şi în ţara noastră „medico-pedagogice".

Deşi sub aspect metodic SÉGUIN se defineşte ca un continuator al lui ITARD, contribuţia sa la constituirea fondului metodic şi inventarului instrumental al educaţiei terapeutice ne apare ca deosebit de importantă. „Ideea de a aplica tulburărilor patologice procedeele educaţiei par a fi căpătat importanţă" ca urmare a lucrărilor lui SÉGUIN (1837—1846) şi a celor care s-au ocupat de tratamentul idioţilor şi „arieraţilor" scrie P. JANET (140). Într-adevăr, SÉGUIN a elaborat o „ortopedie mintală" completă, care cuprinde metode şi procedee de acţiune pentru fiecare proces psihic. Viziunea sa pedagogică, mult mai complexă decît a predecesorului său s-a format în condiţiile unei practici pedagogice nemijlocite, de lungă durată, cu succese spectaculare confirmate de practicieni cu autoritate. Semnificativă ne apare şi însemnătatea deosebită pe care educatorul o acordă voinţei. După cum vom vedea, orientarea voluntaristă se va manifesta din ce în ce mai mult în concepţiile psihoterapeutice din deceniile următoare.

Spre deosebire de ITARD, care-şi întemeiase demersul educaţional pe o idee filozofică preconcepută, urmărind în fapt confirmarea teoriei cu ajutorul experienţei, SÉGUIN are meritul de a fi pornit în construirea tehnicii sale educaţionale de la analiza clinică minuţioasă. Recunoscînd influenţa pe care a avut-o asupra sa PINEL, ESQUIROL, FODERE şi LEURET ca şi PEREIRE, DE L'EPÉE, HAUY, pe care-i consideră ca pe mentorii săi spirituali şi ca pe nişte „modele demne de urmat", el îşi supune elevii unei observaţii deosebit de perseverente, construind o tipologie a întîrzierii mintale şi alcătuieşte pe baza acestor modele patologice, modele educaţionale diferenţiate.

Scanned with OKEN Scanner

Considerațiile sale etiologice sînt în mare parte depășite. Nici un specialist n-ar subscrie astăzi la afirmația că oligofrenia de gradul III (?) este obligatoriu congenitală în timp ce oligofrenia de gradul II (?) s-ar datora accidentelor, febrei sau efortului intelectual excesiv (259). Dar ideea de a stabili relații de determinare între simptomatologie, etiopatogenie și regimul educațional, de a adapta actul educațional la simptomul clinic își păstrează în multe cazuri o incontestabilă valoare. „Idiotul astenic" necesită altă educație decît cel agitat (oligofrenul inert și cel turbulent, am spune noi). Mutismul idiotului avînd o dublă condiționare fiziologic-funcțională și intelectuală, în tehnica de reeducare vor fi cuprinse atît metode pentru a realiza funcționalitatea mecanică, primară a aparatului fonator, cît și acțiunea educațională, care să trezească în afectivitatea elevului dorința de comunicare.

ED. SÉGUIN a aspirat la realizarea unei „educații fiziologice" fundată pe observarea minuțioasă a deficitelor de mișcare, mimică, mers, intelect pentru care propune explicații fiziologice și remedii educaționale. Un sistem de exerciții analitice adaptate fiecărui moment al actului psihofiziologic considerat urmărește să formeze și să consolideze posibilități de comunicare și activitate, care să-i asigure elevului un loc cît de modest în societate, astfel ca, prin activitatea sa „el să acopere prin ceea ce produce ceea ce consumă".

SÉGUIN acordă o atenție deosebită igienei care în concepția sa are o dublă funcționalitate: „negativă", de a ne feri de boli și „pozitivă", de a regulariza exercițiile funcțiilor noastre căci, afirmă autorul, „dacă este bine să împiedici răul, ceea ce incumbă artei de a vindeca, este și mai bine să organizezi aptitudini durabile și productive, ceea ce ține de antropologie". În concepția lui SÉGUIN, educația, ca funcție specifică de creație umană, se confundă cu știința despre om.

Educația are în mod necesar un caracter stadial. Sfîrșitul primului an de viață trebuie dedicat primelor manifestări ale mersului, după cum al doilea an va fi folosit, printre altele, pentru exersarea activă a organelor vorbirii. Pînă la vîrsta de șapte ani vioiciunea spirituală a copilului va fi alimentată prin jocuri inteligente, moderîndu-se excesele activității nervoase și cerebrale proprii acestei etape, fortificînd fără a obosi. Între 7 și 13 ani, în atenția educatorului va sta fortificarea aparatului muscular, exercițiile trebuind să „pună ordine" în travaliul excesiv de „alungire, subțiere și diminuare" la care sînt supuse fibrele musculare. Între 13 și 17 ani „trebuie să atacăm mai fățiș ca niciodată inerția simțurilor, să le determinăm să iasă din inactivitate și să slujească de agenți imediați ai unor studii pozitive care vor popula spiritul cu milioanele de ima-

Scanned with OKEN Scanner

gini pe care le oferă lumea înconjurătoare făcînd astfel din creier un adevărat microcosmos. Apoi, să fecundăm aceste cunoştinţe prin raţionament, să hrănim pe larg, să activizăm funcţiile, căci acesta este momentul hotărîtor în care viaţa, sau se va dezvolta sau se va retrage pentru totdeauna în ea însăşi".

Dincolo de ceea ce poate să apară în afirmaţiile citate mai sus ca susceptibil de critică, este limpede că SÉGUIN punea la temelia sistemului său de educaţie specială nu numai o concepţie fiziologică, ci şi o teorie generală a educaţiei, o concepţie de pedagogie generală. Însemnătatea exagerată pe care o conferă educaţiei senzoriale, disocierea artificială între aceasta şi educaţia intelectuală ne aminteşte că ne aflăm în plină epocă pestalozziană şi că, în 1846, nici *Emile* nu era încă o etapă depăşită.

Principiul fundamental şi condiţia „sine qua non" a progresului intelectual al oligofrenilor este „realizarea echilibrului funcţiilor". Educaţia specială pe care o vor primi aceştia (şi care, după opinia sa, poate să înceapă abia la vîrsta de 15—20 ani) trebuie să se întemeieze pe activitate. Lipsit de deprinderi elementare, neştiind să se alimenteze sau să se îmbrace fără ajutor, să comunice verbal sau în scris, indolent, nepriceput, neatent, trebuie să fie aşezat, dacă-şi petrece timpul culcat, ridicat în picioare, dacă şi-l petrece aşezat, să i se susţină degetele dacă nu ştie să mănînce, să i se stimuleze la acţiune toţi muşchii dacă nu acţionează, să fie privit dacă nu priveşte, să i se vorbească dacă nu vorbeşte, să fie determinat să lucreze, lucrîndu-se cu el. Pedagogul trebuie să fie „voinţa, spiritul, activitatea, providenţa bolnavului". Poate numai PESTALOZZI, în perioada activităţii sale la Stanz, a mai conceput relaţia educaţională la un asemenea nivel de participare, de tensiune afectivă. SÉGUIN este încredinţat că prin educaţie „aproape toţi idioţii ar înceta să fie idioţi, cu alte cuvinte, izolaţi în mijlocul lumii (259). Chiar dacă nu s-ar obţine rezultatele pedagogice scontate sub aspectul inteligenţei, al vorbirii, al mişcării voluntare, cel puţin elevul se va simţi mai bine, va fi mai puternic, mai ascultător şi mai moral.

Dacă la copii cu deficite senzoriale problematica educaţiei decurge din necesitatea compensării funcţiei deficitare prin solicitarea celor integre, în cazul deficitarilor mintal se urmăreşte „reglarea utilizării simţurilor, modificarea noţiunilor, fecundarea ideilor, dorinţelor şi pasiunilor unor fiinţe umane, care, lipsite de aceste posibilităţi de dezvoltare, ar rămîne fără legături, fără raporturi cu lumea exterioară, adică idioţi". Deficientul mintal este, aşadar, izolat în infirmitatea sa, un solitar fără voie, iar educatorul, cel care prin arta sa, va anula solitudinea impusă de dificultatea comunicării. Întreaga problemă i se pare a fi „o chestiune de dinamică mintală".

Scanned with OKEN Scanner

Metoda de învățămînt preconizată nu-l va învăța pe deficientul mintal să audă ca și cum ar fi surd, substituindu-i privirea auzului, „dar ea îl va învăța să asculte pe cel care aude, însă, nu are conștiința fenomenelor auzite și care, în consecință nu intră în relații de comunicare cu semenii săi prin intermediul auzului".

Ceea ce apare ca deosebit de impresionant în gîndirea lui SÉGUIN este acuitatea sa analitică și puterea sa de creație pedagogică realmente excepțională. El pare a fi avut o reprezentare vie, cuprinzătoare și amănunțită a deficitului mintal și a fi dispus într-un grad înalt de capacitatea de a-l disocia în elementele sale constitutive, adaptînd demersul educațional fiecărui element de disfuncție sesizat. De aici decurge impresia de tehnicitate pe care o lasă cercetătorului metodica lui SÉGUIN.

Prin analogie cu Codexul (colecție oficială de rețete farmaceutice) — SÉGUIN își propune să alcătuiască un „Codex" pedagogic ceea ce ilustrează concepția sa esențialmente educațional-terapeutică. Lucrarea ar îmbrățișa „într-o formă succintă și clară", toate modalitățile vieții individului, ar prevedea toate anomaliile pe care idioții le-ar putea prezenta și ar indica modalitățile de îndreptare. În fapt, educația ar trebui „să îmbrățișeze toate modalitățile vieții individului, chiar și pe cele de excepție, bizareriile, excentricitățile răului, educația funcțiilor putînd oferi un remediu fiziologic".

Cu prilejul discutării fundamentelor teoretice ale educației speciale, SÉGUIN propune reformularea esenței educației însăși, formulînd astfel enunțul problemei: „fiind dat un individ sau un popor, fără deosebire, să i se dezvolte astfel aparatele ca funcțiile sale să-și însușească cea mai mare capacitate de acțiune, rapiditate, extensie și capacități cerebrale, musculare, senzoriale, elemente ale gîndirii, mișcării, senzațiilor, pentru funcțiile corpului, precum și pentru cele ale sufletului, dibăcia, inteligența, moralitatea". Această problemă trebuie rezolvată de educator, ceea ce la copiii sănătoși, în ciuda „multiplicității terminologiei", implică o soluție simplă: regularizarea modalităților de utilizare ale organelor sănătoase, extensia cîmpului de acțiune al funcțiilor ce se manifestă liber, voluntar și aproape totdeauna fără dificultate. În cazul copiilor anormali intervine însă o necunoscută „impalpabilă", insesizabilă, greu de apreciat prin simptomele sale exterioare și care lasă întotdeauna o mare incertitudine în ceea ce privește reușita finală a educației în ciuda unor succese inițiale. Această necunoscută care îngreuiază rezolvarea ecuației pedagogice este starea patologică a sistemului nervos. Ea rămîne o taină în tot timpul luptei pe care educatorul o poartă cu deficitul mintal. Prezența mută a acestei negații a luptei sale tre-

Scanned with OKEN Scanner

buie să-i inspire educatorului un optimism moderat: să nu nădăjduiască şi mai ales să nu făgăduiască prea mult, dar nici să nu refuze lupta pe care o va duce „cu toate armele răbdării şi metodei". Fireşte, sub scalpelul anatomistului, secretul va fi descifrat, dar fără utilitate pentru educator care, scrie SÉGUIN, „nu lucrează niciodată asupra naturii moarte".

În concepţia lui SÉGUIN educaţia specială este în primul rînd acţiune pe care el o formulează în termeni de comunicat militar. „Odată terenul şi armele alese, dar alese în avantajul său, educatorul va merge drept spre scop cu o dîrzenie care să rupă acel soi de vrajă ce pare a învălui idioţia; el va ataca pe rînd sau în acelaşi timp diferitele moduri de vitalitate (modalităţi ale existenţei), le va smulge somnolenţei, le va imobiliza, le va face să asculte, le va domestici, le va poseda ca şi cum i-ar fi proprii. Acesta este preţul victoriei".

Metoda lui SÉGUIN preconizează a fi în primul rînd psihofiziologică şi în aceasta constă interesul ei nu numai pentru istoria, ci şi pentru practica educaţiei terapeutice. Ea se înfăţişează autorului ei ca o modalitate de a desprinde ideile din lucruri, ca „extracţia metodică a idealului din materiile obiective" opusă „ca natura însăşi", „separării pretinsului spirit de pretinsa materie, căutînd-o pe una în cealaltă, ataşînd o idee fiecărei forme şi dînd o formă fiecărei idei". Omul devine astfel „la fel de creator ca natura însăşi".

Motivarea fiziologică a metodei se întemeiază pe „posibilitatea conducţiei impresiilor între sensorium şi simţuri", altfel spus pe dinamica arcului reflex care leagă excitaţia, recepţia şi reacţia. Capacitatea spiritului de a controla recepţia şi transmisia senzaţiilor, de a le clasifica, de a localiza imaginile în scopul promptei lor evocări prin asemănare şi contrast, a resimţi impulsul, care conduce la evocarea acestor imagini, a crea un ideal pe baza acestor imagini şi a combinării lor (un concept, o idee), de a putea da acestor imagini un corp sensibil reprezintă mecanisme ce pot fi dezvoltate prin exerciţii fiziologice utilizîndu-se: obiectul percepţiei însăşi care îngăduie înţelegerea unui mare număr de relaţii între obiect şi lumea înconjurătoare, culoarea care însufleţeşte activitatea, trăsătura (amănuntul) care conferă precizie şi limbajul „care conduce acolo unde simţurile nu pot pătrunde".

Metoda lui SÉGUIN se sprijină, de asemenea, pe o concepţie psihologică. Educaţia se adresează activităţii, inteligenţei, voinţei care în concepţia lui corespund celor trei aspecte fundamentale ale inteligenţei umane: sentimentul, spiritul şi moralitatea. Activitatea este „spiritul tradus în act", inteligenţa este „funcţia spiritului", voinţa este „spontaneitatea moralizată". Ordinea în care sînt pre-

Scanned with OKEN Scanner

zentate este inversă în raport cu importanța lor, dar corespunde succesiunii pe care trebuie să o respecte educatorul. Așadar, educația activității trebuie să preceadă educației inteligenței, care la rîndul ei va precede educației voinței căci, afirmă SÉGUIN, omul se mișcă și simte înainte de a ști și știe cu mult timp înainte de a avea conștiința moralității ideilor și actelor sale. Această formulă este dedusă din antropologie, știința cea mai veche și, în același timp cea mai înaintată ca una ce îmbrățișează individul și poporul sub toate aspectele, „în toate modurile vitalității sale". Influența eclectismului și voluntarismului lui VICTOR COUSIN este aci evidentă.

Dar, concepția psihologică se întemeiază la rîndul ei pe o filozofie care se prezintă ca o antropologie filozofică. Deși autorul se referă la Biblie, evocînd imaginea omului ca o expresie finită a divinității, antropologia sa este substanțial evoluționistă. Pe treapta cea mai de jos a materiei sînt plasate mineralele, substanțe fără forme precise, curba ascendentă înglobînd plantele care au formă, dar nu dispun de mișcare proprie, animalele care posedă mișcarea, dar își pun simțurile în slujba poftelor primare și omul, înzestrat cu simț moral, voință liberă, inteligență și activitate. Omul îi apare ca „o trinitate vie care se simte una și întreită în toate manifestările sale vitale; el simte, înțelege și vrea în fiecare dintre clipele existenței sale", pedagogia trebuind să intervină pentru a-i comunica cea mai mare cantitate de sensibilitate, inteligență și morală; acest punct de vedere reunește „autoritatea tradiției cu demonstrația experienței".

Strategia educării activității în cadrul educației speciale va ține seama de caracterul multifactorial al activității care implică o multitudine de funcții generale sau speciale, individuale sau generale și de cei doi termeni ai existenței: mișcarea și sensibilitatea. Prima, implicată la rîndul ei într-un mare număr de acte, funcții, deprinderi, gesturi reprezintă „punerea în relație a individului cu fenomenele care-l înconjură". Cea de a doua, răspîndite cu forme diverse „pe toate suprafețele individului", aduce senzoriului său „noțiunea agenților exteriori care l-au modificat". Educarea facultăților spiritului se întemeiază pe performanțele obținute în sfera activității.

Educarea copilului anormal are ca scop de a-i forma deprinderi normale, aptitudini pentru lucrul manual sau intelectual, de a conferi idiotului „cea mai mare asemănare posibilă cu copilul fericit înzestrat și crescut cu folos". SÉGUIN urmărește să dea anormalilor o educație profesională, căci a respins totdeauna „goliciunea educației pentru ea însăși, a științei fără fruct, a vieții fără rezultat".

Scanned with OKEN Scanner

Procesul educațional debutează cu educarea sistemului muscular. Se utilizează exerciții de gimnastică variate, în scopul dezvoltării libere și ponderate a tuturor mușchilor. Se fac separat „exerciții de surescitare" și „exerciții de rezistență" care se completează în sensul unei dezvoltări neuromusculare armonice. Gimnastica nu se reduce însă la dezvoltarea musculaturii, ea va avea în vedere și pe cea a inteligenței. Sistemul preconizat de SÉGUIN „caută viața în echilibrul funcțiilor", conferind un rol important sistemului nervos și organelor sensibilității.

De la exerciții „fizice" (ce se adresează motilității) se trece la exerciții fiziologice (aplicate simțurilor). Se respectă principiul gradării continue a efortului spre a se combate inerția și a se evita blocajele posibile. Educarea sistemului nervos trebuie făcută simultan cu cea a sistemului muscular, în sfera de activitate a educatorului fiind astfel implicate surescitarea nervoasă și atonia.

Se lucrează individual, acționîndu-se asupra fiecărei mișcări spre a elimina „dezordinea fiziologică". Se urmărește a se realiza: capacitatea de a sta așezat, în picioare, culcat, mersul, coordonarea mișcărilor la membrele inferioare, simultaneitatea mișcărilor.

Dotat cu o capacitate de creație pedagogică excepțională, SÉGUIN propune numeroase procedee pentru a obține, de pildă, menținerea corpului în ortostatism, pentru formarea deprinderii de a merge, de a urca și coborî scările, educarea prehensiunii prin contactul mîinii, simultan, cu corpuri groase și subțiri, grele și ușoare, dezvoltîndu-se astfel atît stereognozia, cît și capacitatea subiectului de a păstra obiectul în mînă și a nu-l lăsa să-i cadă. Alteori prehensiunea alternează cu mișcarea de aruncare sau cu manevrarea unor obiecte deosebite ca greutate și mărime și care sînt dificil de manevrat (ciocan, pilă, ferăstrău, cuțit, foarfecă).

O gimnastică specială se adresează motricității digitale, în cadrul unor acte ale vieții de zi de zi: îmbrăcarea, descheierea nasturilor, înnodatul, adunarea obiectelor etc. Gimnastica va avea ca obiectiv fundamental actele vieții cotidiene: mersul, fuga, cățăratul, coborîtul, prehensiunea, aruncarea, tăiatul etc. Nu o gimnastică complicată, ci simplă, cu un învățător răbdător și atent la amănunte reprezintă condițiile esențiale ale reușitei. Exercițiile care se efectuează cu și fără participarea voinței copilului, au menirea să combată în fapt pasivitatea acestuia.

Gimnastica servește pentru introducerea celei de a doua trepte a educației întîrziatului mintal: mimica sau imitația personală, o sinteză a gimnasticii musculare și a exercițiilor senzoriale. SÉGUIN împarte această educație a întîrziatului mintal în: *personală*, cînd are ca obiect imediat modificarea integrală sau parțială a obișnuințelor individului și impersonală sau relativă, cînd acționează asupra fenomenelor înconjurătoare. Printr-o modalitate personală subiectul va realiza conștiința propriului eu în toate părțile componente și proprietățile de mișcare. A doua modalitate îi dă subiectului „con-

Scanned with OKEN Scanner

știința non-eului", terminologie prin care SÉGUIN desemnează conștiința formelor și proprietăților lor, a poziției lor relative și a raporturilor cu individul. Copilul va fi pregătit pentru această etapă prin exerciții speciale de percepere vizuală.

Educatorul va urmări să obțină activitatea rapidă și precisă a tuturor mușchilor voluntari, să anuleze contorsiunile și grimasele, amimia, ticurile, să realizeze controlul dinamicii musculare și al echilibrului, să determine cunoașterea de către copil a diferitelor părți ale corpului prin intermediul mișcărilor. Se constituie în acest context microsisteme gimnastice, senzoriale și mimice adaptate cunoașterii fiecărui obiect în parte, prin intermediul cărora elevii își formează reprezentările pornind de la experiența chinestezică.

În realizarea controlului motricității se pornește de la obținerea imobilității. Elevii sînt exersați să țină nemișcate, apoi să manevreze diferite obiecte în diferite poziții și modificări ale formei de care sînt susceptibile respectivele obiecte, precum și raporturile pe care persoana le poate stabili cu fiecare obiect în parte. Procedeul implică trei momente: plasarea obiectelor uzuale în diferite poziții prin imitarea mișcărilor făcute de către educator, selecționarea obiectelor ce nu îndeplinesc o funcție în contextul temei abordate și așezarea lor pe un plan în poziția adecvată formei lor, marcarea plasării fiecărui obiect printr-o trăsătură simplă în punctul respectiv al planului spre a fixa localizarea.

Educatorul terapeut modelează fiecare gest, fiecare mișcare și le consolidează prin exerciții perseverente.

Se trece apoi la educarea sistemului nervos și a aparatelor senzoriale. Percepția tactilă precede ca obiect al educației percepția vizuală a cărei educare precede la rîndul ei dezvoltarea percepției auditive. SÉGUIN socotește că, raportată la posibilitățile copilului anormal, această ordine este cea mai firească.

Exercițiile, construite conform cu principiul gradării minuțioase a dificultăților, implică utilizarea unor corpuri solide și lichide, calde și reci, emoliente, rigide, elastice, aspre, netede, grele și ușoare, cu forme asemănătoare, dar de mărimi deosebite. Configurații variate, dimensiuni gradate, exerciții gradate, acesta este principiul metodic fundamental al tehnicii lui SÉGUIN, aplicat cu aceeași consecvență și în educarea senzațiilor de temperatură, olfactive, gustative, alternîndu-se sistematic analizatorii.

SÉGUIN descoperă sensibilitatea particulară a elevilor săi pentru ritm și utilizează muzica pentru „calmarea sistemului nervos", fiind în acest fel un precursor modern al meloterapiei.

Dezvoltarea vorbirii se bucură de un regim particular. Se practică masajul aparatului fonator, se exersează în mod susținut mișcările buzelor, obrajilor și limbii, urmărindu-se sonorizarea vocii. SÉGUIN începe cu for-

Scanned with OKEN Scanner

marea consoanelor, apoi trece la alcătuirea silabelor cu o consoană și o vocală. Pornind de la sunetele labiale, exersează sistematic fiecare sunet, pînă cînd se obține un limbaj corespunzător și o pronunțare corectă.

Privirea se educă prin exerciții adecvate. Copilul, plasat într-o cameră întunecoasă urmărește un punct luminos, de fapt fondul percepției pe care apar desene agreabile subiectului, ca și cele ce reprezintă noțiunile ce trebuie percepute și însușite vizual. Sursa luminoasă este deplasată în toate direcțiile pentru a se stimula mobilitatea privirii. În același scop se mai utilizează balansoare a căror mișcare va fi urmărită de elev, care se va încadra ritmului propus de educator. Privirea educatorului va solicita privirea copilului, silind-o să i se supună. Se fac exerciții pentru recunoașterea culorilor, pentru diferențierea dimensiunilor: linii de diferite dimensiuni sînt așezate la anumite intervale, elevul fiind învățat să disocieze liniile mari de cele mici și mijlocii. Pentru conceptul de formă se utilizează metoda contrastelor: cercul se definește în raport cu pătratul, steaua cu triunghiul etc.

Metodica formării percepției se întemeiază pe solicitarea atenției dispersate a subiectului prin stimuli puternici, ca și prin familiarizarea cu fiecare element al percepției. Prin intermediul incastrelor, pe care le perfecționează, SÉGUIN realizează o abordare analitică a obiectului. Elevul va fi familiarizat cu culoarea obiectelor, va învăța să le suprapună, să le denumească, să le plaseze în anumite planuri, să recunoască reprezentarea lor în imagine, să le clasifice, să le diferențieze.

Se utilizează intens desenul. Elevul învață să deseneze linii în direcții variate și în poziții diverse față de plan, să le unească pentru a forma figuri gradate de la simplu la complex.

Liniile verticală, orizontală, oblică și curbă sînt însușite cu dificultate astfel că, educatorul creează procedee diferențiate pentru învățarea fiecăreia dintre ele. Se formează astfel deprinderile grafice ale corpului.

Alfabetul se învață ținîndu-se seama atît de configurația literei, cît și denumirea ei. Literele, cuvintele, noțiunile, ideile reprezintă o succesiune logică. Ca și predecesorul său, SÉGUIN folosește litere de metal, bare de lemn gradate, incastre cu figuri geometrice, serii de piese colorate.

Lectura va permite stabilirea legăturii între obiect și denumirea sa scrisă. Acum se poate aborda trecerea de la percepere la raționament, prin legarea cunoștințelor de anumite situații atractive pentru elevi. Calculul se învață cu monede în cadrul efectuării unor cumpărături, plantele și animalele sînt îngrijite de elevi care astfel le cunosc. Munca în colectiv oferă mari posibilități de succes. Rolul educatorului este fundamental, sarcina lui fiind aceea de a învinge „ființa instinctivă" și opoziția elevului prin autoritatea sa.

În metodica lui SÉGUIN, se acordă funcții esențiale jocului. Studiul culorilor, formelor, dimensiunilor etc. este realizat prin intermediul jocurilor pe care educatorul le dorește cît mai active, mai mobile. A MEDICI (192) con-

Scanned with OKEN Scanner

sideră că, în timp ce în concepția lui ITARD, „jocurile sînt chemate să servească un scop psihologic care se reducea la construcția pasivă și mecanică a inteligenței", SÉGUIN se adresează aptitudinii spre joc care reprezintă desăvîrșirea spontană și integrală a personalității. „Educația liberă și activă — afirmă autoarea — îmbrățișînd elevul în ansamblul facultăților sale psihofiziologice, înțelegea să profite de o funcție a copilului foarte importantă din punct de vedere pedagogic acolo unde senzualismul sugera o progresie rigidă, simplistă și fără elan intern".

Metodica educațional terapeutică elaborată de ED. SÉGUIN nu are numai o semnificație istorică. Tehnicile create de el își păstrează integral valoarea operațională pe care evoluția terapiei educaționale n-a făcut decît să o confirme și să o aprofundeze.

În reeducarea unor deficienți senzoriali și motori postraumatici, în combaterea și limitarea sechelelor unor afecțiuni localizate ale creierului sau a tulburărilor funcționale în eficiența unor funcții psihice se utilizează strategii inspirate de tehnica educațională creată de ED. SÉGUIN. Chiar dacă motivările teoretice, așa cum este firesc, ne apar adeseori ca desuete, procedeele practice sînt încă pe deplin utilizabile.

ED. SÉGUIN a aspirat la extensia principiilor și metodelor sale în domeniul educației copiilor normali, aspirație realizată de el însuși și de discipolii săi, printre care s-a ilustrat îndeosebi MARIA MONTESSORI.

6.6. Auguste Comte despre educație și medicație

Pe la jumătatea secolului al XIX-lea conștiința relației educație-medicație depășise limitele teoriei și practicii medicale putînd fi detectată și în sfera ideilor generale vehiculate de teoreticieni și filozofi.

Un argument convingător pentru susținerea acestei aserțiuni îl constituie analiza pe care AUGUSTE COMTE o dedică, la sfîrșitul celei de a patruzecea lecții a cursului său de filozofie pozitivă („Despre ansamblul biologiei"), conceptelor de educație și medicație ca și relației dintre aceste concepte.

Postulînd principiul îndepărtării din cadrul științei biologice propriu-zise a oricăror cercetări cu aplicabilitate imediată pentru a nu denatura studiul teoretic și a împiedica pe cel practic, COMTE emite părerea că aceste studii practice considerate din punct de vedere filozofic se referă la două mari subiecte:

Scanned with OKEN Scanner

1. *educaţia* fiinţelor vii, vegetale şi animale, cu alte cuvinte direcţionarea sistematică a ansamblului dezvoltării lor într-un scop determinat;

2. *medicaţia* acestor fiinţe, cu alte cuvinte acţiunea raţională exercitată de om pentru a le readuce la starea normală. Cele două aplicaţii practice constituie prin natura lor o serie continuă de corolare filozofice ale cunoaşterii exacte a legilor biologice şi nu ar putea să găsească o temelie mai solidă. La rîndul lor cele două studii secundare pot furniza biologiei indicaţii importante, fără a se putea pune totuşi în discuţie independenţa integrală a biologiei ca ştiinţă.

Studiul concret al fiecărui organism cuprinde două ramuri fundamentale:

1. Istoria sa naturală propriu-zisă, cu alte cuvinte tabloul raţional şi direct al ansamblului existenţei sale reale;

2. Patologia sa, cu alte cuvinte cercetarea sistematică a diferitelor alterări de care este susceptibil, ceea ce constituie un fel de apendice şi de complement la istoria sa.

Acestor două ramuri ale „biologiei concrete" le corespund: istoriei naturale — arta educaţiei, patologiei — arta medicală (61). Părintele filozofiei pozitiviste precizează însă că în timp ce medicina este înţeleasă ca un „caz principal" al medicaţiei, nu acelaşi lucru se poate spune despre relaţiile între educaţie şi biologie care nu pot fi decît secundare. „Oricît de capitală ar fi influenţa pe care biologia propriu-zisă trebuie, fără îndoială, să o exercite asupra determinării fie generale, fie speciale a planului raţional al educaţiei umane, ar însemna să exagerăm peste măsură această relaţie indispensabilă dacă am considera această mare problemă de competenţa exclusivă şi directă a ştiinţei biologice". Educaţia omului este dominată în fiecare epocă de starea corespunzătoare a dezvoltării sociale, astfel că fizica socială şi nu biologia este chemată să o dirijeze — pentru a evita „utopiile absolute".

Aşa cum observă P. ARBOUSSE-BASTIDE (13), COMTE stabileşte unele deosebiri semnificative între educaţie care este „o direcţionare sistematică" şi medicaţie care este „o acţiune raţională". Medicaţia va realiza numai o restaurare a stării biologice normale, finalitatea sa legîndu-se „printr-o legătură analitică de modul său de acţiune, în timp ce educaţia acţionează asupra ansamblului dezvoltării, într-un scop determinat care nu este provocat de actul însuşi al educaţiei, ci se leagă de acesta printr-o legătură sintetică.

Totuşi, chiar luînd în consideraţie rezervele formulate, educaţia şi medicaţia nu reprezintă mai puţin pentru A. COMTE decît două

Scanned with OKEN Scanner

ramuri ale biologiei concrete, modalităţi de acţiune diferite, asupra aceluiaşi proces biologic surprins în dezvoltarea şi devierile sale, ambele constituind „corolare filozofice ale cunoaşterii exacte a legilor biologice" care-şi află în biologie cea mai solidă temelie.

6.7. Dezvoltarea educaţiei terapeutice în a doua jumătate a secolului al XIX-lea

În a doua jumătate a secolului al XIX-lea psihiatria intră într-o nouă etapă caracterizată îndeosebi prin efortul de obiectivizare. Confruntarea vechilor concepte clinico-terapeutice, psihologizante şi pedagogizante, din perioada pineliană cu noile cuceriri ale anatomiei, fiziologiei şi chimiei demonstrează insuficienţa motivaţiilor etico-filozofice pentru explicarea bolilor psihice şi fundamentarea ştiinţifică a conduitelor terapeutice.

În centrul preocupărilor stă îndeosebi cercetarea relaţiilor creierului cu psihicul. Omul este abordat multilateral devenind nucleul în jurul căruia se grupează o reţea din ce în ce mai densă de relaţii interdisciplinare. Spectrul investigaţiei se va lărgi considerabil în deceniile următoare integrînd în efortul de cunoaştere al omului histologia şi microsociologia, neurochimia şi psihologia.

Reconstituind dezvoltarea strategiilor şi creşterea informaţiei în domeniul „Brain Mind Problem (B.M.P.)" H. FISCHGOLD şi C. H. BLANC (95) evidenţiază tocmai multilateralitatea direcţiilor de atac: abordare anatomo-fiziologică, încercări experimentale pe animale, explorări anatomo-clinice pe om, investigaţii anatomice prin stimularea cortexului uman, anatomia comparată, paleoneurologia, abordarea histologică, electrofiziologică a s.n.c., psiho-senzorială, psihofiziologică şi cea psihofizică, abordarea reflexologică, cea electronică a zilelor noastre, abordarea neurochimică, abordarea genetică şi evolutivă, cea psihodinamică, antropologică reprezintă tot atîtea modalităţi de investigaţie. Acest efort de integrare a unor elemente, ce se prezentau cunoaşterii ca disparate, într-o viziune unitară psihofiziologică se conturează mai pregnant în deceniul al şaselea al secolului trecut, exercitînd o influenţă notabilă şi asupra psihiatriei.

Dezvoltarea cercetării obiective a creierului şi sistemului nervos a avut consecinţe deosebit de însemnate pentru evoluţia conceptelor clinice şi terapeutice.

Medicină a spiritului, psihiatria tinde să devină şi o medicină a creierului, ceea ce implică lupta împotriva vechii orientări spiritualiste, cu consecinţe în teorie şi practică, în diagnostic şi tratament.

Scanned with OKEN Scanner

Clinicianul solicită frecvent sprijinul anatomiei patologice, încercînd să surprindă baza organică a tulburării psihice, cadrul ei somatic. Spiritualismului epocii anterioare îi urmează o reacţie organicistă şi „somaticistă" care, postulînd că „numai corpul poate fi bolnav nu şi sufletul" — pune în discuţie valoarea terapeutică a educaţiei pentru psihiatrie, „tratamentul moral" cedînd pasul terapiei medicamentoase.

Relaţia psihiatriei cu educaţia redusă sub aspect terapeutic, se realizează însă sub aspect etiologic. Psihiatrii de orientare organicistă acordă o deosebită importanţă greşelilor de educaţie în etiologia tulburărilor psihice (196). B. A. MOREL (205), unul dintre cei mai severi critici ai regimului moral, consideră totuşi că educaţia poate fi cauza unor tulburări psihice atunci cînd nu corespunde trebuinţelor copilului sau îl obligă să-şi schimbe radical modul de viaţă fără a-i da posibilitatea de a se adapta noii situaţii, cînd solicită subiectului un efort intelectual excesiv sau îl îndreaptă spre ţeluri intelectuale eronate, cînd dezvoltă şi favorizează ambiţii pe care calităţile reale ale individului nu le justifică.

Primele impresii ale copilului şi mediul educaţional joacă un rol important în ecloziunea tulburării psihice

Creditul relativ redus de care se bucură terapiile educaţionale în această etapă are însă o motivaţie mai complexă şi ar fi greşit să-l legăm exclusiv de orientarea organicistă şi de exagerările justificabile în perioadele de renovare socială şi intelectuală. În fapt, psihopatologia artificială, care solicita filozofiei elucidări pe care ar fi trebuit să le ceară anatomiei şi fiziologiei, intra în conflict permanent cu realitatea. Adevăraţii psihotici nu puteau fi realmente ameliorati prin metode psihologice şi pedagogice.

Psihiatria reţine, însă, în arsenalul său terapeutic metodele de educare a oligofrenilor, care se integrau însă din ce în ce mai mult unui cadru instituţional şcolar, şi ergoterapia, sub diferitele sale forme, utilă şi în tratamentul psihozelor sau cel puţin în anumite faze ale acestor boli grave.

În acest context, datorăm marelui psihiatru belgian J. GUISLAIN cea mai completă viziune educaţională a terapiei psihiatrice care, formulată la începutul celei de a doua jumătăţi a secolului al XIX-lea, vesteşte timpurile moderne. În ale sale *„Leçons orales sur les phrenopathies"*, apărute la Gand în 1852, marele psihiatru belgian dezvoltă o concepţie după care instituţia psihiatrică trebuie să fie concomitent: 1. un spital psihiatric, 2. un refugiu pentru alienaţii incurabili, 3. o instituţie de educaţie morală şi fizică, 4. o şcoală primară artistică şi ştiinţifică, 5. o întreprindere industrială, horticolă, agricolă, 6. un loc de izolare, siguranţă, prezervare. În acest mod,

Scanned with OKEN Scanner

„se asociază securitatea unei înţelepte libertăţi", se oferă bolnavilor cel mai mare număr posibil de impresii agreabile şi se aplică pe larg legile igienii" (TOULOUSE, 288).

Practica infirmase însă „tratamentul moral", „moralizarea"; persuasiunea, convingerea sub ameninţarea sancţionării, departe de a vindeca, nu făceau altceva decît să solicite capacitatea de disimulare a bolnavilor, acest pedagogism autoritar dovedindu-se, cu alte cuvinte, şi în psihiatrie tot atît de ineficient şi de inutil pe cît era în pedagogie.

6.8. **Nevrozele, domeniu de elecţie al educaţiei terapeutice**

Pledoaria psihiatrilor „biologişti" pentru organicitatea bolii psihice şi implicit pentru o terapie predominant „materială" (MOREL, MOREAU DE TOURS) părea a fi infirmat odată cu optimismul pedagogizant al succesorilor lui Pinel, utilitatea unei terapii educaţionale.

Dar, la sfîrşitul secolului al XIX-lea psihiatria va diferenţia şi preciza diferite forme clinice ale unei entităţi nozologice care îi va oferi curînd psihoterapiei domeniul său principal de acţiune. Ne-am referit desigur la nevroze. Modelul de disfuncţie a capacităţii de integrare pe care acest tip de tulburări îl implică a părut să autorizeze folosirea unor metode cu caracter educaţional. Aceste metode au trebuit însă să fie adaptate la specificul unor situaţii inedite în raport cu „biografia" lor anterioară. Actul educaţional şi-a demonstrat astfel valenţele terapeutice într-un context situaţional care, în decursul anilor, s-a dovedit mai potrivit decît cel pe care-l oferea psihiatria clasică pineliană, persuasivă şi moralizatoare.

Semnalate încă de HIPOCRAT şi GALEN, simptomele care ulterior au putut fi diferenţiate ca isterie, neurastenie şi psihastenie au atras de timpuriu atenţia medicilor, care le-au consemnat sub diferite nume. Denumirea de nevroză apare la sfîrşitul secolului al XVIII-lea, autorul ei medicul scoţian CULLEN definind nevrozele ca „afecţiuni contrare manifestării naturale a sentimentului şi mişcării în care stările febrile nu constituie o parte a bolii, precum şi toate acele boli care nu sînt generate de o afecţiune topică a organelor, ci de o afecţiune mai generală a acelui sistem care include îndeosebi mişcarea şi gîndirea" (P. JANET, 140).

Numeroasele denumiri ce s-au atribuit simptomelor între 1819 şi 1880 şi diferitele încercări de clasificare, reflectau în fapt sentimentul autorilor că se află în faţa „unor boli extraordinare, inexplicabile, incomprehensibile în stadiul actual al ştiinţei fiziologice"

Scanned with OKEN Scanner

(PIERRE JANET). Societatea medico-psihologică din Paris propune chiar denumirea de „nevroze extraordinare".

Nevrozele apăreau în primul rînd observatorilor ca nişte afecţiuni fără nici o leziune precis localizabilă, ceea ce contrazicea certitudinile unei epoci de organicism în psihiatrie. Şi cu toate că se subliniază caracterul provizoriu al acestei concluzii, diferiţi autori nu pot să o ocolească: „Este o tulburare nervoasă în lipsa unei leziuni", susţinea în 1880 AXENFELD, „o dezordine funcţională a sistemului nervos care, pe cît ştim în prezent, nu este în relaţie cu nici o leziune organică constantă", afirma în 1892 HACK-TUKE, „sînt maladii interesînd sistemul nervos, fără să depindă în mod necesar de vreo leziune anatomică constatabilă" (BROCHIN), „neurastenie, nevroză generală, maladie generală a sistemului nervos fără leziune anatomică recunoscută, rezultantă a acţiunii unor agenţi oarecare asupra organelor şi funcţiunilor nervoase; îşi are raţiunea de a fi în epuizare, un fel de oboseală patologică a elementelor nervoase şi a proprietăţilor şi se traduce printr-un ansamblu de simptome principale (denumite simptome neurastenice) şi secundare (LEVILLAIN, 169).

Pe măsura dezvoltării societăţii industriale de la sfîrşitul secolului al XIX-lea, al complexificării relaţiilor sociale şi creşterii surselor de suprasolicitare fizică şi psihică, la cabinetele medicilor apar din ce în ce mai frecvent aceşti bolnavi între 20 şi 50 de ani, care în urma unui surmenaj intelectual, moral, senzorial, muscular se plîng de slăbiciune, o iritabilitate crescută, „impotenţa funcţională a creierului" (LEVILLAIN), care face dificilă sau imposibilă efectuarea activităţilor obişnuite. Atenţia nu poate fi concentrată, sînt instabili, oscilanţi, pierd controlul asupra propriilor acţiuni şi afirmaţii, sînt nehotărîţi, abulici, descurajaţi. Se cred foarte bolnavi dar, spre deosebire de bolnavii organici, le lipseşte speranţa vindecării şi par a nu mai avea forţa nervoasă spre a se menţine în viaţă. Rezistă greu impresiilor externe sau interne, sînt agorafobici[1], claustrofobici, patofobici, astrofobici, antropofobici, fotofobici, pantofobici cu alte cuvinte totul îi înspăimîntă: spaţiile largi şi cele închise, boala, fulgerul, oamenii, însăşi posibilitatea de a se teme, lucrurile. Sînt excesiv de iritabili şi impresionabili.

O categorie de bolnavi prezenţi de asemenea din ce în ce mai frecvent în cabinetele medicilor sînt istericii (mai frecvent femei).

[1] *Fobie* — frică morbidă pe care o pot inspira unui subiect anumite persoane, obiecte, acte, situaţii; *agorafobia* — frica de spaţii largi; *claustrofobie* — frica de spaţii închise; *patofobia* — frica de boală; *astrofobia* — frica de astre; *antropofobia* — frica de oameni; *fotofobia* — frica de lumină; *pantofobia* — frica de totalitatea lucrurilor.

Scanned with OKEN Scanner

Istericii apar medicului ca niște bolnavi suferind de „o afecțiune a sentimentului și inteligenței cu un mers cronic și cu forme paroxistice". Duplicitatea, minciuna, simularea, terorizarea celor din jur, „teatralismul" reprezintă notele definitorii ale comportamentului isteric. Acești bolnavi „nu știu, nu pot și nu vor să voiască", voința lor se menține cu dificultate într-un echilibru instabil. Sînt inconstanți în dorințele, ideile, afecțiunile lor, caută originalitatea cu orice preț, fac gesturi extravagante, sînt deosebit de susceptibili, schimbători, proteici" (AXENFELD) (18).

Sistematizînd observațiile altora și experiența proprie, P. JANET consideră nevrozele mai curînd ca „pe niște boli psihologice" care trebuie abordate „sub aspectul lor mental" și nu sub aspectul lor fizic, tulburările organice ale creierului fiind simultane tulburărilor psihologice.

În accepția lui P. JANET, nevrozele sînt boli ale evoluției funcțiilor, „boli funcționale" care se referă la sisteme de operații și nu la organul izolat. Funcția prezintă o structură ierarhizată în care părțile inferioare mai vechi îndeplinesc un rol îndeosebi fiziologic, reflex, cele superioare acționează în sensul adaptării funcției la circumstanțe mai recente, mai puțin obișnuite, reprezentate de organe mai puțin diferențiate; cu alte cuvinte unele realizează mecanismele fiziologice, celelalte, adaptarea la situația psihologică. Nevrozele sînt boli ale acestor instanțe superioare ale diferitelor funcții: alimentarea, mersul etc. (140)

În acest sens, nevrozele implică tulburări apărute în mecanismele superioare de adaptare a funcției la circumstanțe noi, externe sau interne. Cînd boala se prelungește, indivizii respectivi par a fi încetat să evolueze, cei din jur se plîng de întîrzierea afectivă și comportamentală a bolnavilor. Transformările necontenite necesare adaptării la circumstanțe noi sînt încetinite sau oprite.

În acest sens tulburarea este deplasată la nivelul personalității bolnavului — privită în contextul trebuinței de a rezolva o situație.

Astfel, definind starea mintală a istericului, JANET consideră că „isteria este, înainte de orice, o boală a personalității, o formă de depresie mintală caracterizată prin îngustarea cîmpului conștiinței personale și prin tendința la disocierea și emanciparea sistemelor de idei și funcții a căror sinteză constituie personalitatea".

Tot astfel „psihastenia este o formă de depresie mintală caracterizată prin scăderea tensiunii psihologice, diminuarea funcțiilor care permit să se acționeze asupra realității și să se perceapă realul, prin substituirea unor operații inferioare și exagerate sub formă de îndoieli, agitație, anxietate și prin idei obsedante care exprimă tul-

Scanned with OKEN Scanner

burările precedente şi care prezintă ele însele aceleaşi caractere". Psihastenicul este un neliniştit, lipsit de voinţă, cheltuindu-şi energia fără folos, cu opriri şi insuficienţe în utilizarea funcţiilor, incapabil să aibă un sentiment exact în raport cu situaţia prezentă; timid, retras în trecut, o personalitate cu o dezvoltare incompletă. Tulburările nevrotice şi chiar majoritatea tulburărilor nervoase, depind de o alterare fundamentală a activităţii. Nu avem de-a face cu o tulburare a sensibilităţii, memoriei sau raţionamentului, funcţiile de sinteză, aprehensiunea realului, tensiunea psihologică sînt cele interesate.

Consecinţele educaţionale sînt lesne de sesizat: în locul raţionamentului şi moralizării se propune bolnavului activitatea, exerciţiul funcţiilor celor mai înalte, stimularea unor emoţii stenice.

De pe poziţii oarecum diferite şi alţi terapeuţi consacraţi ai domeniului din perioada de care ne ocupăm ajung la concluzii asemănătoare: nevrozele exprimă tulburări ale personalităţii şi îndeosebi ale voinţei şi sentimentului. Ele sînt adeseori rezultatul unei sugestii sau autosugestii şi pot fi vindecate prin reeducarea bolnavului.

După opinia lui PAUL DUBOIS din Berna (86), creatorul unui sistem educaţional terapeutic asupra căruia vom reveni, omul este „singurul animal care nu ştie să trăiască"; neurastenia nu este „o boală ca reumatismul sau tuberculoza", ci „omeneasca slăbiciune psihică pe care o datorăm tarelor noastre congenitale, ereditare, educaţiei prost conduse, influenţelor nocive care acţionează asupra noastră în timpul întregii noastre dezvoltări fizice şi mintale". Nu avem de-a face cu o „slăbiciune a nervilor", ci cu o debilitate a intelectului. Neurastenia este de fapt o psihastenie.

Convingerea că nevrozele sînt „boli psihologice" caracterizează şi poziţia teoretică a psihoterapeuţilor care practicau sugestia şi hipnoza. Îndeosebi partizanii şcolii din Nancy şi ai lui H. BERNHEIM, victorios în disputa cu şcoala de la Salpetrière a lui Charcot, sprijină cu entuziasm acest punct de vedere.

H. BERNHEIM (35) şi elevii săi demonstrează că departe de a fi o nevroză experimentală proprie numai istericilor şi avînd anumite faze reproductibile aşa cum afirmase CHARCOT, hipnoza se poate realiza într-un grad variabil la marea majoritate a oamenilor fără isterie sau tară nervoasă, ea se obţine prin „sugestie verbală, fără manevre şi nu este decît un somn provocat, caracterizat mai ales prin sugestibilitate, care poate fi utilizată într-un scop terapeutic". Practicienii cu experienţă, un LIEBAULT, CULLERRE, P. EM. LEVY şi BERNHEIM însuşi constatau că nevroticii puteau fi vindecaţi sau ameliorati fără a se recurge la medicamente, prin simpla

Scanned with OKEN Scanner

sugestie verbală în stare de somn sau de veghe și chiar prin autosugestie.

Demersul de diferențiere nozologică a nevrozelor din totalitatea simptomatologiei psihiatrice, deși încă incomplet în perioada la care ne referim, a avut ca urmare creșterea prestigiului metodelor psihologice care-și găseau astfel o adresabilitate mai adecvată. Valoarea unor astfel de terapii, limitată în cadrul marilor psihoze, își demonstra fără echivoc realitatea în tratamentul neurastenicilor, psihastenicilor și istericilor. Aceste rezultate pozitive au fost considerate în mod firesc argumente în sprijinul tezei privind „raportul dintre fizic și moral", relația între psihic și somatic așa cum le definise cu o uimitoare intuiție CABANIS.

Practicienii sugestiei și hipnozei elaborează o teorie psiho-fiziologică a terapeuticii sugestive menită să ilustreze axioma, aplicabilă la etiologia și terapia nevrozelor, asupra dublei naturi, patogene și terapeutice, a factorului moral, terapia fiind astfel concepută în spiritul principiului „similia similibus curantur".

Unul dintre cei mai însemnați precursori ai terapeuticii sugestive, A. A. LIEBEAULT (172) afirmă existența „bolilor prin acțiunea gîndirii" care afectează toate părțile corpului. Sînt boli datorate unor cauze morale și care apar prin fixarea excesivă a atenției fie asupra „unor idei pure sau idei-imagini neemotive". Aceasta se întîmplă atunci cînd „spiritul se află în acea inerție a atenției care predispune la imitație, prin concentrarea bruscă sau excesivă a atenției asupra unor „idei emotive". Nu avem de-a face cu boli diferite, ci cu un bolnav unic, nevroticul, prin definiție sugestibil. Gîndirea celui ce suferă, funestă atunci cînd acționează asupra organismului în dezacord cu legile fiziologice este cu atît mai mult o influență binefăcătoare atunci cînd respectă aceste legi.

H. BERNHEIM din Nancy (35) consideră psihonevroza ca pe o nevroză creată sau întreținută de psihism; P. Em. LEVY (171) consideră nevrozele mai ales ca pe niște deficite ale voinței și propune o „educație rațională a voinței". Pentru autor, „neurastenicul sau nervosul este în primul rînd un ins prost sau insuficient educat".

Explicațiile teoretice care încearcă să justifice constatarea clinică a incompletitudinii personalității nevroticului și a incapacității sale de a acționa ca un adult, apar astăzi ca discutabile. Semnificativ este însă faptul că și autorii unei teorii mai închegate asupra nevrozelor, în ciuda deosebirilor care-i despart de hipnoterapeuți, consemnează totuși această caracteristică a personalității nevroticilor.

Scanned with OKEN Scanner

Astfel, teoria freudiană a nevrozelor utilizează conceptele de oprire (fixare) şi regresie ca „pericole" ce ameninţă dezvoltarea libidoului. Ţinînd seama de tendinţa la variabilitate pe care o au procesele biologice, în general, nu toate fazele preparatoare sînt corect parcurse şi depăşite, dezvoltarea unor componente ale funcţiei putînd prezenta o întîrziere persistentă în una sau alta dintre primele faze; dezvoltarea în ansamblu va înregistra astfel o anumită oprire. Pe de altă parte, atunci cînd tendinţa se loveşte în exerciţiul funcţiei sale de mari obstacole exterioare poate avea loc o întoarcere la una din fazele anterioare (102). Cînd eul refuză această involuţie, ne aflăm în prezenţa unui conflict. În nevroză, subiectul, privat de o anumită satisfacţie pe plan sexual, creează o substituţie, regresînd libidoul la faze anterioare, la obiectele şi organizarea caracteristică acestor faze.

Nevroticul este ataşat unui anumit moment al trecutului său în care libidoul său nu era privat de satisfacţii, caută această satisfacţie chiar şi în prima copilărie, iar simptomele reproduc această satisfacţie din prima copilărie. El se refuză „principiului realităţii", deoarece se întoarce la trăirea infantilă a „principiului plăcerii". Or, scrie FREUD, „trecerea de la principiul plăcerii la principiul realităţii constituie un progres din cele mai importante în dezvoltarea eului".

Din alt punct de vedere, aceeaşi concluzie se desprinde şi din teoria adleriană a nevrozei. Complexul de inferioritate, sentimentul lipsei de securitate, teama de realitate fac din nevroticul adlerian un întîrziat afectiv.

În sfîrşit, lucrările lui I. P. PAVLOV (218) care încep să fie publicate în această perioadă vor duce la o teorie fiziologică a nevrozei în care personalitatea nu-şi pierde în nici un fel drepturile. Teoria pavloviană a tipurilor de A.N.S. indică tipul slab ca fiind mai vulnerabil în situaţia de conflict nevrotic deşi nici celelalte tipuri nu sînt excluse de la această posibilitate. În afara terenului congenital, întîmplările dureroase din viaţă, noxele traumatice, infecţiile, intoxicaţiile, emoţiile extrem de puternice pot genera sisteme nervoase instabile, fragile. „Modul de comportare este condiţionat nu numai de proprietăţile înnăscute ale sistemului nervos, ci şi de influenţele care acţionează şi au acţionat asupra organismului în timpul existenţei sale individuale depinzînd prin urmare de educaţia sau de învăţarea constantă a acestor noţiuni. Aşa cum observă A. G. IVANOV-SMOLENSKI (137), experienţa din trecut poate fi considerată şi ca „antrenament" sub raportul învingerii diferitelor dificultăţi şi însuşirii unor principii şi criterii de disciplină socială care uşurează această învingere". Or, este semni-

Scanned with OKEN Scanner

ficativ faptul că, dînd o explicaţie fiziologică simptomatologiei, PAVLOV păstrează descrierea clinică habituală a istericului şi psihastenicului. La isteric este slab al doilea sistem de semnalizare care trece sub dominaţia primului sistem, „în timp ce la omul normal dezvoltat, al doilea sistem de semnalizare constituie mecanismul superior de reglare a comportării". Urmează de aci o tulburare a sintezei personalităţii cu emotivitate nestăpînită, tulburare profundă a echilibrului nervos general, confabulaţie patologică, „haosul activităţii primului sistem de semnalizare". La psihastenic dimpotrivă primul sistem de semnalizare şi fondul afectiv sînt slabe, atingînd fundamentul principal al raporturilor dintre organism şi mediul înconjurător. „Lipsa sentimentului realităţii, sentimentul permanent că viaţa este incompletă, lipsa totală de adaptare la viaţă, cu tendinţa la meditare permanentă, sterilă şi inutilă, manifestată prin idei obsesive şi fobii" sînt ecourile psihologice ale dezechilibrului fiziologic în comportamentul bolnavului. După cum se vede PAVLOV a acceptat descrierile clinice ale lui P. JANET şi îndeosebi particularităţile care subliniază caracterul retardat şi involuat al personalităţii nevroticului psihastenic şi isteric.

În acest sens, nevrozele apar terapeuţilor ca domeniu de elecţie al terapiilor psihologice şi educaţionale, iar nevroticul ca obiect prin excelenţă al educaţiei terapeutice. Personalitatea sa nedezvoltată, întîrzierea afectivă care-l caracterizează necesită o educaţie „de completare", fără de care nu se poate realiza integrarea în societate; voinţa deficitară, dispoziţia oscilantă, hiperemotivitatea, dificultatea permanentă de a înţelege semnificaţia evenimentelor şi de a le trăi corespunzător cu semnificaţia şi importanţa lor, de a-şi amîna reacţiile sau de a lua o decizie, de a rezista solicitărilor interne şi externe sau de a depăşi inerţia care inhibă o reacţie adecvată, de a-şi adapta comportamentul unei situaţii date la nivelul vîrstei şi pregătirii şcolare, cu alte cuvinte incapacitatea de a construi relaţii active, creatoare, comprehensibile între comportamentul propriu şi exigenţele sociale, de a rezolva numeroasele probleme de adaptare pe care societatea le propune permanent individului au solicitat în mod firesc metodele proprii oricărei educaţii a personalităţii, sugestibilitatea crescută a nevroticilor părînd a favoriza utilizarea unor metode de acest fel. Bolnavul este integrat într-o relaţie educaţională, asupra sa se exercită o influenţă sistematică, îi este reeducată atenţia, memoria, voinţa, este încadrat într-o activitate creatoare şi reinserat treptat în structurile social-profesionale. Uneori este „moralizat", alteori i se propun spre învăţare diferite „tehnici" (de respiraţie, de atenţie, de autocontrol

Scanned with OKEN Scanner

și chiar „tehnici de viață"), i se prescriu regimuri medico-pedagogice. Scopul lor esențial constă în anularea dependenței bolnavului de propria sa boală, în obținerea unei cît mai complete autarhii materiale și spirituale.

6.9. Definiții ale actului educațional terapeutic la sfîrșitul secolului al XIX-lea

Sfîrșitul secolului al XIX-lea consemnează un moment important în dezvoltarea educației terapeutice: efortul de a defini în mod corespunzător actul educațional terapeutic.

Diferențierea nevrozelor și precizarea naturii lor psihologice stimulase apariția unui număr mereu crescînd de „medicații psihologice" clasificate de P. JANET în mai multe categorii: hipnotism și sugestie, magnetism animal, tratament prin intermediul ideilor filozofice, economiile psihologice (tratamente prin odihnă, izolare, lichidare psihologică a comportamentelor patologice), achizițiile psihologice (reeducările, estesiogeniile, tratamentele prin excitație, direcțiile morale). Această proliferare de metode reflecta atît scepticismul terapeutic alimentat de succesele foarte relative obținute prin utilizarea medicamentelor în nevroze, cît și de „insuccesele și insuficiențele tratamentelor prin sugestie și hipnoză" (140). Se impunea așadar un efort de definire a naturii ariei de acțiune și spectrului de eficiență a fiecărei „medicații psihologice", efort care s-a dovedit profitabil și pentru educația terapeutică.

BERNHEIM DIN NANCY (35) propune următoarea clasificare a metodelor de sugestie terapeutică: 1. *Afirmația verbală* (utilizînd o anumită intonație, timbru al vocii, gestică sugerînd bolnavului o anumită convingere; 2. *sugestia hipnotică*; 3. *sugestia persuasivă* care poate fi emotivă și rațională.

În fapt, definind „persuasiunea rațională", BERNHEIM (1884) definește un act educațional terapeutic. Ea „se adresează inteligenței". I se explică bolnavului că boala sa nu are o justificare organică, că este o nevroză întreținută de o idee. Se acționează asupra voinței bolnavului care este opusă impresiilor sale subiective. „Printr-o influențare rațională adaptată la natura bolii, sugestibilitatea specială a subiectului, se poate ajunge, fie rapid, fie gradat, la învingerea impresiunilor morbide și la modificarea psihismului care creează sau întreține tulburarea funcțională."

A. VAN REUTERGHEM (293) consideră că psihoterapia, medicina spiritului, acționează pe trei căi principale: a sentimentului sau inimii, a inteligenței și a imaginației sau credinței.

Pe calea sentimentului pășește „medicina morală" care îi explică bolnavului, îi întărește curajul, îi face să renască în cugetul lui speranța în vin-

Scanned with OKEN Scanner

decare, îi îndepărtează din suflet anxietatea care îl minează, îl liniştește şi consolează chiar atunci cînd vindecarea nu poate fi obţinută.

Pe calea inteligenţei acţionează „medicina educativă", care se adresează inteligenţei bolnavului şi urmăreşte să-i formeze o idee cît mai exactă despre starea sa, explicîndu-i boala de care suferă, demonstrîndu-i cu dovezi convingătoare că tulburările morbide sînt, în cazul lui, efectul unor reprezentări greşite, al persistenţei sau reproducerii unor automatisme morbide, al unor proaste obiceiuri înveterate, a inaptitudinii funcţionale a anumitor muşchi, a lipsei de exerciţiu, a lipsei de încredere în propriile forţe etc.

Armele medicinii educative sînt „raţionamentul, educaţia, asprimea". Ea cere bolnavului un nivel îndestulător al inteligenţei şi facultatea de a-şi concentra atenţia asupra explicaţiilor date de medic pentru a-i putea urmări raţionamentul şi a-i înţelege deducţiile. Medicului i se cere capacitatea de a se situa în mod diferenţiat la nivelul inteligenţei bolnavului şi priceperea de a-şi prezenta argumentele într-o formă comprehensivă cu perseverenţă, de a găsi permanent noi argumente.

Imaginaţiei şi credinţei i se adresează „medicina sugestivă" care, utilizînd sugestia, atacă direct simptomul, introduce imaginea psihică a vindecării în spiritul bolnavului şi se străduieşte astfel să dizolve tulburările funcţionale existente.

După cum reiese din definiţia lui VAN RENTERGHEM, practician cunoscut în epocă, „medicina educativă" constituie în fapt o educaţie a raţionamentului şi prin aceasta se deosebeşte de hipnoză. După cum se va vedea, terapia educaţională s-a definit încă de la începuturile ei ca antinomie a heterosugestiei în stare hipnotică sau în stare de veghe.

Cea mai importantă contribuţie la analiza şi definirea conceptului de educaţie terapeutică îi aparţine lui P. JANET (132, 133). Autorul motivează necesitatea de a preciza concepţia psihologică care ar putea fi aşezată la temelia conceptelor de educare şi reeducare, pentru a putea aprecia mai adecvat valoarea şi oportunitatea terapiilor educaţionale.

În perspectiva care ne preocupă ne apare ca deosebit de semnificativă observaţia lui JANET cu privire la tendinţa generală a psihiatrilor epocii de a considera ca educaţionale numeroase metode terapeutice, care nu justificau această calitate. „Orice transformare fericită a unei conduite patologice, cînd se produce lent şi gradat şi cînd pare că depinde de influenţa unei persoane care acţionează cu regularitate asupra bolnavului" este denumită educaţie . . .

Această tendinţă este proprie îndeosebi psihoterapiei americane care confundă frecvent educaţia cu sugestia ceea ce poate duce la serioase confuzii de diagnostic şi tratament. Preocupat de tratarea

Scanned with OKEN Scanner

educațională a bolnavilor nevropați, JANET caută motivația psihologică a conceptului de educație terapeutică. El evidențiază faptul că viața nu constă numai din exercițiul tendințelor pe care ființele le posedă în stare latentă, ci și din achiziționarea și fixarea unor noi tendințe. Întemeiat pe cercetările lui YERKES și PAVLOV, autorul consideră că educația constă în *producerea și repetiția unei acțiuni noi cînd această acțiune s-a desfășurat în prezența unui martor competent care a supravegheat-o, a corijat-o, a obținut repetarea ei pînă cînd actul a devenit nu numai corect, ci și automat.* A apărut așadar în chip firesc încercarea de a aplica aceste procedee unor bolnavi a căror tulburare constă tocmai în incapacitatea de a executa un anumit act pe care altădată îl executaseră în mod corect, urmele rămase facilitînd educația care devine astfel o reeducare.

Deosebit de semnificativă ne apare precizarea deosebirilor de esență între metodele de tratament prin educație și cele prin sugestie. JANET consideră că sugestia nu creează tendințe noi, ci se limitează la a trezi și a pune în stare de funcționare pe cele deja existente „determinînd condițiile în care activarea acestor tendințe devine mai ușoară grație fenomenelor de automatism și mai ales, grație automatismului asentimentului". Sugestia nu poate obține comportamente pe care subiectul nu le-a învățat în perioada anterioară (de exemplu a merge pe bicicletă), ea poate reactiva ceea ce s-a obținut prin educație. De aceea educația obține succese în cazurile ce depășesc posibilitățile sugestiei.

Educația bine făcută în mod corespunzător realizează o economie de forțe, automatismele și conduitele pe care ea le formează ajută bolnavului să acționeze corect, fără risipa cauzată de agitație și emoție, atunci cînd se va găsi în fața situației pentru care a fost educat.

Autorul întreprinde o analiză minuțioasă a actului educațional terapeutic, evidențiind dificultățile pe care le ridică și limitele acțiunii sale.

Utilizarea terapiei educaționale implică în mod necesar prezența unui educator. Bolnavul nu izbutește să se educe sau să se reeduce singur deoarece, pe de o parte, el nu-și dă seama cu exactitate de natura tulburărilor sale, de actul deficitar, nu cunoaște mecanismul acțiunii pe care trebuie să și-o însușească, nu știe să o descompună în elemente, să repete separat mișcările utile, să le elimine pe cele inutile, să efectueze acțiunea la acel nivel tensional care condiționează fixarea tendinței, iar pe de altă parte nu dispune de energia considerabilă și mai ales de perseverența necesare realizării programului educațional fără o asistență metodică

Scanned with OKEN Scanner

adecvată. Este deci necesar ca educatorul să indice cu exactitate modalitatea efectuării actului, să dirijeze învățarea, să ia măsuri pentru a diminua cheltuielile energetice necesare.

Dar și în acest caz apar unele dificultăți. Disocierea actului deficitar care ar trebui să devină obiectul educației nu este ușor de realizat și nici strategia reparatorie ușor de construit datorită esenței multidimensionale a tulburărilor nevrotice. Avem de-a face cu deficite bine precizate sau cu consecințe indirecte ale unor insuficiențe de acțiune la care emotivitatea dereglată ar constitui „agitația prin derivație" compensînd un act de adaptare insuficient? Educația reușește cînd se ocupă de acte artificiale, inventate de om și cunoscute în mecanismele lor intime. Copiilor li se predau științe și arte care intră în această categorie. Dar educarea nevroticilor este altceva, analogia cu educația școlară apărînd ca total inadecvată, deoarece bolnavilor nu li se predau acte inventate conștient de oameni, ci „acțiuni naturale construite inconștient de vieţuitoare" în „ere foarte vechi, cu elemente pe care le ignorăm, folosind combinații pe care nu le înțelegem". Or, psihologia conduitei este încă foarte puțin cunoscută, astfel că nu putem să o educăm așa cum ar trebui, bolnavii compensînd această educație limitată printr-o tensiune psihologică crescută și o mai mare cheltuială de forțe. Adeseori sîntem siliți să educăm simptomul fără a cunoaște suficient cauza și să fixăm în mod necorespunzător atenția bolnavului asupra unui anumit simptom.

O altă dificultate este generată de nivelul foarte scăzut al tensiunii psihice a nevroticului și de incapacitatea sa de a colabora cu educatorul. Scăderea tensiunii psihice se exprimă tocmai în diminuarea sau chiar suprimarea puterii de achiziție, insuficiența adaptărilor și noilor achiziții. A solicita unui astfel de bolnav adaptarea la situații noi înseamnă a-l epuiza prin eforturi inutile. Tentative de reeducare, în aparență raționale, au făcut în acest context mai mult rău decît bine. JANET subliniază în repetate rînduri necesitatea abordării personalității integrale a bolnavului și mai ales obligativitatea tratării bolii și nu a simptomului izolat, disociere ce poate avea consecințe deosebit de neplăcute. În unele situații (stări delirante, confuzii mintale) în bolile caracterizate prin abolirea totală a acțiunii, terapia educațională este ineficientă și chiar contraindicată.

Confruntat cu nivelul de cunoștințe al perioadei considerate, demersul metodologic întreprins de JANET apare ca deosebit de valoros, deși unele dintre părerile sale ar putea să apară ca discutabile. Nici chiar la sfîrșitul secolului al XIX-lea terapia educațională nu se limita a fi o tehnică de reeducare a mișcărilor sau a

Scanned with OKEN Scanner

conduitelor elementare, ea tindea spre educarea funcţiilor psihice, a atenţiei, voinţei, gîndirii prin intermediul „actelor artificiale", cunoştinţe ştiinţifice şi artistice, consemnate şi în metodica „regimului moral" pinelian.

Deosebit de însemnată apare însă disocierea educaţiei de sugestie. Convingerea lui JANET că succesul terapiei educaţionale este condiţionat de participarea conştientă a bolnavului, că o anumită dorinţă de a colabora nu poate lipsi şi mai ales că esenţa actului educaţional constă în achiziţii noi şi nu în activarea unor tendinţe preexistente subliniind astfel superioritatea educaţiei asupra sugestiei punea în discuţie o părere destul de răspîndită între medici, filozofi şi chiar educatori, după care sugestia în stare de veghe sau hipnoza puteau fi socotite ca metode educaţionale şi că în orice caz ele puteau fi considerate terapii educaţionale prin intermediul cărora s-ar acţiona în mod eficient asupra atenţiei, voinţei, personalităţii. Această poziţie justifică un examen mai amănunţit.

6.10. Sugestie, hipnoză şi educaţie. Valenţele educaţional-terapeutice ale autosugestiei

Succesele spectaculare înregistrate prin metodele sugestive la anumite categorii de bolnavi au alimentat un optimism exagerat, aceste metode ajungînd să fie socotite de unii autori, şi nu dintre cei mai puţin însemnaţi, ca un panaceu universal. Utilizarea unor astfel de metode, fără îndoială terapeutice dar nu şi educaţionale, a fost preconizată mai ales în educaţie — cu un entuziasm care astăzi apare greu de înţeles.

Prioritatea în această direcţie pare a-i aparţine filozofului JEAN MARIE GUYAU, autorul foarte cititei şi citatei la vremea sa lucrări *Education et Hérédité* (122). Gînditorul francez semnalase într-un articol apărut în „Revue philosophique" din 1883 „analogia profundă între sugestie şi instinct ca şi posibilitatea aplicării sugestiei normale şi naturale în educaţie şi a sugestiei artificiale în terapeutică folosindu-le drept mijloc de corectare a instinctelor anormale sau de stimulare pentru instinctele normale prea slabe".

Sugestia constituie în concepţia filozofului francez, transformarea prin care un organism mai pasiv tinde să se pună la unison cu un organism mai activ care-l domină şi îi reglează mişcările exterioare, voinţa, credinţele interioare. Irezistibilă cînd ocupă în întregime conştiinţa, subjugă la un moment dat tot ce este lăuntric, îndepărtînd stările de conştiinţă care limitează percepţia. Autorul consideră că scopul educaţiei se reduce la creerea, fie prin

sugestie directă, fie prin acțiune repetată, a unei serii de deprinderi sau impulsuri reflexe durabile, capabile de a fortifica alte impulsuri de origine ereditară sau să li se substituie și să le anihileze. Educația și sugestia acționînd asupra „spiritelor dezechilibrate lipsite de sentimente altruiste" pot, prin dezvoltarea acestor sentimente, să restabilească echilibrul interior.

În viziunea lui GUYAU, copilul apare ca o ființă pasivă prinsă între fatalitatea propriei sale ereditați și sugestia care-l modifică impunîndu-i permanent deciziile unei voințe mai puternice. Ideea transformării educatorului în hipnotizator pare a cîștiga adeziunea atît a unor teoreticieni, cît și a unor organizatori ai activității școlare. La congresul „Asociației franceze pentru dezvoltarea științelor" ținut la Toulouse în 1887, doctorul BERILLON, cu sprijinul călduros al unui inspector general al învățămîntului primar, F. HEMENT, lansează ideea „unei aplicări generalizate a hipnozei și sugestiei în educație".

Și alți pedagogi (WALTER ROSE, *Die hypnotische Erziehung der Kinder*, 1898; HORN, *Suggestion als pädagogischer factor*, 1900; RAUSCH, *Die Sugestion im Dienste der Schule*, 1901; CARL PICHT, *Hypnose, Suggestion und Erziehung*, 1913) preconizează utilizarea sugestiei în educație susținînd ca PICHT punctul de vedere al lui GUYAU. HERBERT PARKUN *(Autosuggestion)*, consideră că „folosirea conștientă a autosugestiei ar trebui predată copiilor în școlile publice" (23). La fel, în lucrarea sa *La thérapeutique suggestive* (1893), doctorul A. CULLERRE (64) preconizează fundamentarea unei „ortopedii sugestive". El consideră, citînd opiniile unui DURAND DU GROS (1860) și BERILLON (1886), că aplicarea hipnotismului la ortopedia morală și la educație este în totul justificată, că sugestia, aplicată metodic poate modifica permanent cursul ideilor, înclinațiile căpătate sau instinctive, sensibilitatea, într-un cuvînt, caracterul copilului. Copiii cu „instincte rele", cu tulburări de comportament, afirmă BERILLON, pot fi supuși sugestiei hipnotice. Acolo unde pedagogia s-ar dovedi neputincioasă, afirmă HEMENT (1886), mica „ființă incorigibilă" va fi cufundată în somn și sugestionată, sporindu-i-se, astfel, energia morală, eliberîndu-i-se voința de piedici și redîndu-i-se libertatea prin desprinderea de „natura sa vicioasă". H. BEAUNIS (1887), consemnînd ușurința cu care copiii sînt hipnotizați, consideră că sugestia hipnotică va fi chemată într-o zi să joace un rol important în educația copilului. BERILLON descrie procedeul: copilul este așezat într-un fotoliu, într-o cameră liniștită, operatorul se așază în fața copilului și-i cere să-l privească fix în ochi, îi vorbește cu o voce dulce și persuasivă și-i sugerează ideea somnului afirmîndu-i că va dormi și că acest somn îl va vindeca. HEMENT caută să obțină „somnul crepuscular", în condițiile căruia voința copilului va slăbi pentru a-i vorbi despre greșeala comisă, proastele obiceiuri, consecințele ce sînt de temut și aceasta cu perseverență și răbdare, făcîndu-l să simtă „încet și progresiv" gravitatea stării sale și necesitatea remedierii ei, „ciocănindu-i învățăturile noastre în spiritul său".

Scanned with OKEN Scanner

După tehnica lui E. BERILLON copilul este supus unei „gimnastici mentale", sugerîndu-i-se să facă actul blamabil și apoi să aibă o comportare corectă în legătură cu actul respectiv. Autorii sînt încredințați că prin astfel de metode copiii leneși, turbulenți, neascultători, grosolani pot fi transformați și îndreptați. Un medic, cu o orientare socială retrogradă, (citat de E. PREVOST, 236), propunea să se folosească hipnoza pentru a proteja tinerele generații de primejdia ideilor socialiste. Se încearcă de asemenea impunerea hipnozei, dacă nu ca o metodă de educație, cel puțin ca una de reeducare. Li se contestă pedagogilor orice competență în reeducarea copiilor cu tulburări de comportament, prezența și concursul acestora fiind după opinia unor hipnotizatori, inutile; se preconiza chiar pregătirea unor „medici-educatori".

Tendința de a prezenta sugestia și hipnoza ca pe un panaceu universal a trezit însă și reacții critice. E. BLUM (36) afirmă că metoda sugestiei pune în pericol libertatea morală a copilului și cere să se facă o deosebire netă între copilul bolnav, căruia medicul îi va aplica o astfel de terapie dacă socotește de cuviință și copilul cu tulburări de comportament care, nefiind atins de un rău fizic, ci de unul moral, trebuie să se recurgă la intervenția psihologului, educatorului, singurele autorități competente în ceea ce privește viciile sufletești. Obiecțiile ce se aduc utilizării hipnozei în scopuri educaționale sînt deosebit de grave. Celor care afirmă că sugestibilitatea este o regulă generală în cazul copiilor și că aproape toți sînt sugestionabili de la vîrsta de 6—7 ani, li se răspunde că sînt mult mai puțini sau, poate, niciunul, deoarece obținerea somnului hipnotic necesită liniștea fizică și morală, încrederea, dorința de a colabora a subiectului. Copiii fiind mereu în mișcare nu sînt capabili de o atenție persistentă și ca atare nu pot fi supuși hipnozei. Se subliniază numeroasele accidente survenite în urma utilizării hipnozei. P. JANET observă că, după 1892 (anul morții lui Charcot), hipnotismul se află în declin, numărul publicațiilor diminuează, revistele de hipnologie își schimbă titlul; medicii încep să evidențieze caracterul periculos al acestor tratamente și aduc sugestiei „curioase acuzații de imoralitate", ea făcînd apel la facultățile inferioare ale bolnavului, o vindecare obținută în acest fel nefiind nici destul de voluntară, nici destul de meritorie și riscînd să se degradeze. Uneori acuzatorii se recrutau dintre foștii hipnologi, unul afirmînd că ea scade demnitatea morală a medicului.

Dar chiar și unii practicieni ai hipnozei precizează anumite limite ale metodei. BERNHEIM subliniază fenomenul de dependență, unii copii reluîndu-și vechiul comportament atunci cînd se desprind de influența hipnotizatorului și consideră că procedeele

Scanned with OKEN Scanner

sugestive trebuie folosite numai în cazul în care „alte mijloace raționale de educație au eșuat".

În dispută intervine și WILHELM WUNDT (307), cu o critică nu lipsită de ironie. După ce recunoaște sugestiei virtuțile sale terapeutice în cazul unor „boli grave ale funcțiilor nervoase", fondatorul psihologiei experimentale se ridică împotriva acelora „care cred că au găsit în sugestie nu numai un remediu împotriva tuturor bolilor morale de care suferim, ci și marea pîrghie a progresului civilizației, sortită să ridice omenirea la o stare de perfecțiune necunoscută pînă atunci. Ei cer ca ea să fie introdusă mai înainte de orice în educație și instrucție. După spusele pedagogilor hipnotismului, pentru a face din copii oameni de o excelentă moralitate, va fi chemat de azi înainte hipnotizatorul. El va sugera copilului să fie, în viitor, bun și ascultător pînă cînd calitatea dorită se va fi fixat îndeajuns în caracterul său. În caz de recădere se va relua cura sugestivă. Mai mult, nu va fi imposibil, cu o răbdare suficientă, să se perfecționeze prin sugestie facultățile intelectuale. Primele cunoștințe ce se vor cere în veacurile viitoare candidatului la profesorat vor fi cele de hipnotizare". „Este inutil — afirmă WUNDT — să întîrziem mai mult asupra acestor fantome ale unei științe devenită nebunie".

Exemplele s-ar mai putea multiplica. Ele n-ar putea însă aduce elemente noi într-o problemă al cărei răspuns decurge din însăși esența educației. Departe de a fi o metodă educațională, sugestia, hipnotică sau în stare de veghe, reprezintă tocmai antinomia oricărei educații deoarece:

1. Ea modifică relația fundamentală educator-educat prin obiectualizarea esențială a unuia dintre termenii ei. Într-adevăr sugestionatul, frustrat de propria sa voință, se comportă ca un obiect pasiv asupra cărora se exercită forțe cărora el nu le poate nici oferi acceptarea acțiunii lor, nici opune propria personalitate. Relația se modifică substanțial: educatorul „pune", „așază" ideile sale în psihicul subiectului devenit obiect ca într-un recipient, ele nu aderă, nu sînt încorporate, „metabolizate", ci depozitate și utilizate la comanda hipnotizatorului. În acest context se operează nu numai alienarea esenței umane a celui sugestionat, persoana hipnotizatorului substituindu-se persoanei hipnotizatului — ci și a esenței educaționale a educatorului, care nu mai construiește, ci înlocuiește, nu mai face acte de creație, ci de substituție, „elevii" săi constituind în esență nu personalități originale (adică opere de creație), ci multiplicări ale unui model neacceptat, epifenomene mecanice ale unei voințe exterioare.

Scanned with OKEN Scanner

Se tulbură îndeosebi relaţia dintre acceptarea educaţiei şi opoziţia la ea. Cei care acordă un rol deosebit sugestiei subliniază fără excepţie marea sugestibilitate naturală a copilului. Aceasta este însă o etapă originară pe care educaţia nu o favorizează, ci o restrînge şi o controlează prin intermediul personalităţii celui educat. Dealtminteri fenomenul nu este nici general, şi nici permanent. Sînt cunoscute perioadele de negativism ale copilului, vîrstele acelui „nu", opus, aparent iraţional, tuturor cerinţelor adultului, dar care pot îmbrăca semnificaţia unor adevărate „exerciţii de personalizare". Educatorii nu-şi apreciază pozitiv elevii prea sugestibili, o educaţie autentică neputîndu-se realiza decît în cadrul unei permanente confruntări cu personalitatea născîndă a elevului, cu acceptările şi respingerile sale, cu colaborarea sa şi refuzul de sine. Într-o educaţie reală există o relaţie necesară, dialectică între acceptare şi respingere, prima îndeplinind o funcţie de rezolvare a problemelor, cealaltă una de formulare a problematicii care se impune treptat educatorului, pe măsura depăşirii dificultăţilor.

Dezechilibrul acestei relaţii este în ambele sensuri nociv: generalizarea acceptării duce la pasivitate, uniformizare, şablon, transformă educaţia dintr-o artă într-o manufactură. Este sancţiunea pe care logica pedagogică o aplică educatorilor excesiv de autoritari. Predominanţa opoziţiei duce la negativism şi pune în pericol finalitatea educaţiei înseşi, deoarece inhibă constant orice tentativă constructivă. Aşa sînt sancţionaţi, în virtutea aceleiaşi logici, pedagogii de un nivel profesional scăzut, lipsiţi de personalitate, care devin astfel obiectul influenţei elevilor.

De aceea, se impune păstrarea unui echilibru între cele două modalităţi ale relaţiei educaţionale. Sugestibilitatea intrinsecă pe care se întemeiază teoriile „sugestiei educative" constituie apanajul debililor mintali şi reprezintă, în fapt, o extrapolare nejustificată a unei reprezentări patologiste în pedagogia normalilor. Devine astfel inteligibilă tendinţa de a se refuza accesul pedagogilor la educarea anumitor categorii de copii, în numele sugestiei „educative", care decretează natura patologică a totalităţii devierilor de conduită.

2. Demersul sugestiv elimină procesul de învăţare conştientă propriu oricărei educaţii. Receptarea conştientă şi înţelegerea informaţiei, exerciţiile necesare fixării comportamentului sînt anulate. Exerciţiul se deleagă hipnotizatorului care va repeta informaţia sugestivă pînă la fixarea comportamentului. Or, ceea ce se desfăşoară în afara procesului de învăţare, consubstanţial oricărei modalităţi a educaţiei, rămîne şi în afara conceptului de educaţie.

Scanned with OKEN Scanner

Chiar dacă va obține rezultate, așa-zisa *hipnopedie* nu va fi niciodată clasificabilă în sistemul educației.

3. Spre deosebire de educație și în antinomie cu ea, sugestia cultivă la cei sugestionați o dependență de hipnotizator care se menține și după încheierea tratamentului, ceea ce explică lipsa de stabilitate a rezultatelor, frecventele recăderi și necesitatea unei permanente „reîncărcări" a sugestionaților. Paradoxal apare faptul că sugestia a putut fi privită de unii ca o educație a voinței. În realitate tocmai voința celui ce urmează a fi sugestionat este factorul eliminat din circuit, operatorul urmărind limitarea acțiunii acesteia, înlocuirea cu propria sa voință și ca atare el nu tonifică, nu dezvoltă, ci evită și substituie. Hipnoza este așadar o conduită terapeutică justificată în cazul unor tulburări psihice grave, în care funcția volițională acționează împotriva intereselor bolnavului sau nu acționează în suficientă măsură pentru a-i asigura relații cît de cît normale cu ambianța, avînd în aceste cazuri, o certă valoare terapeutică; dar nu constituie un act educațional.

Direcția acțiunii principale a demersului educațional ține tocmai spre limitarea progresivă a dependenței subiectului de educator, stimulîndu-l în acest sens prin totalitatea mijloacelor și procedeelor de care dispune. Educația realizează în fapt această desprindere sancționată prin integrarea personalității elevului la nivelul exigențelor sociale.

4. În sfîrșit, sugestia poate oferi mijloace pentru rezolvarea, uneori spectaculară, a unor situații accidentale, utilizarea ei are prin definiție un caracter episodic, în timp ce educația, funcție a conștiinței și rațiunii umane, are un caracter permanent. Sugestia pe care o implică demersul educațional reprezintă în fapt rezultatul unui proces de convingere, filtrat prin personalitatea celui educat, al unei participări și al unei activități comune conștiente și ca atare este structural deosebită de sugestia imperativă furișată în psihicul bolnavului la adăpostul stării hipnotice.

Ceea ce par a fi ignorat teoreticienii terapiei sugestive este faptul că numeroasele influențe care acționează pe plan intern și extern asupra personalității umane nu funcționează în mod necesar după modelul sugestiei terapeutice, solicitînd dimpotrivă participarea plenară a subiectului ca subiect și adresîndu-se fără ocoluri dezvoltării psihicului. În marea lor majoritate medici, ei au introdus în educație o viziune a patologicului din perspectiva căreia toate eșecurile educației le-au apărut ca niște devieri maladive. De la vindecarea eșecurilor la evitarea lor și ca atare la asumarea de către medic a funcției educaționale în sine era un singur pas și unii s-au grăbit să-l facă, desigur fără succes. Aceasta, da-

Scanned with OKEN Scanner

torită faptului că modelul acțiunii unei personalități asupra alteia, al receptării acestei influențe în condițiile sănătății și normalității implică nu numai participarea afectivă, ci și adeziunea rațiunii, înțelegerea motivelor influenței și acceptarea lor în raport cu un sistem etic de referință și cu propriul nivel de aspirație, ceea ce, firește, nu se poate realiza în fotoliul hipnotizatorului, sub acțiunea vocii sale persuasiv imperative, în condițiile „somnului crepuscular" și al slăbirii voinței.

Terapia sugestivă rămîne așadar o metodă terapeutică utilizabilă în tratamentul bolilor psihice. Dar nici în acest context ea nu poate fi considerată ca metodă educațională sau „psihopedagogică" ci, ca să folosim expresia lui JANET, ca o „medicație psihologică", care nu condiționează noi achiziții, ci ajută la corecta rememorare și reinserție în existența activă a celor deja constituite. Dezinhibiția unor legături vechi nu este firește identică formării unor noi legături.

În același context, terapia sugestivă nu poate fi considerată nici ca o metodă educațional terapeutică.

Autosugestie și educație. Obiecțiile formulate mai sus, referitoare la heterosugestie par a nu fi integral justificate în cazul autosugestiei cel puțin în accepția primei școli din Nancy, pentru care obiectul sugestiei este concomitent propriul său subiect, autosugestia reprezentînd o modalitate învățată de a aplica în mod rațional la propria terapie legile gîndirii și constituindu-se ca o educație a voinței în sensul voluntarismului pedagogic al unui JULES PAYOT (P. E. LEVY, 1898, Dr. BONNET, 1911).

Pentru P. E. LEVY, autorul unei mult discutate monografii despre autosugestie intitulată semnificativ: *L'Education rationelle de la volonté, son emploi thérapeutique* (171), autosugestia se referă „atît la corp cît și la spirit", subiectul devenind propriul său terapeut. Modelul acestei psihoterapii educaționale este metodica reeducării unui membru paralizat: se reînvață creierul să combine în mod inteligent mișcările diferitelor grupuri musculare. Se realizează astfel o terapie a corpului prin intermediul spiritului.

Sintetizînd punctele de vedere ale teoreticienilor sugestiei terapeutice, dar utilizîndu-le ca bază teoretică a autosugestiei, LEVY consideră ca principiu esențial al metodei pe care o propune, pe cel formulat de BERNHEIM: „orice idee acceptată de creier tinde să devină act; orice celulă cerebrală acționată de o idee acționează la rîndul ei fibrele nervoase care trebuie să realizeze această idee". Autorul citează în sprijinul acestei afirmații concluziile lui SECENOV: „nu există idee fără expresie. Gîndirea este un act în stare născîndă; este un început de activitate".

Scanned with OKEN Scanner

Or, transformarea ideii în act se poate realiza în două direcţii antagonice. Ideea poate deveni act pozitiv, sentimente, voinţă, senzaţie, mişcare cu efect dinamogen sau negativ, neutralizînd însăşi ideea şi inhibînd sentimentele, voinţa, senzaţia şi mişcarea. În acest context ideea poate acţiona fie ca factor de echilibru şi sănătate psihică realizînd integral ceea ce autorul denumeşte „acţiunea de dinamogenie", fie ca factor patologic, atunci cînd impune organismului sentimente, senzaţii, mişcări cu efect inhibitor sau dezechilibrant blocînd opoziţia voinţei, fie ca factor terapeutic atunci cînd este folosită în mod raţional pentru a propune conştiinţei o imagine pozitivă a realităţii, a debloca voinţa şi a impune organismului reechilibrarea.

Această explicaţie mecanicistă poate să pară astăzi naivă, dar ea prezintă totuşi două aspecte demne de reţinut: tentativa racordării psihologicului la fiziologic prin însumarea unor achiziţii noi ale fiziologiei (SECENOV) şi psihologiei (Şcoala experimentală germană şi îndeosebi RIBOT). Nu trebuie, de asemenea, pierdută din vedere solicitarea raţiunii şi voinţei în scopuri terapeutice.

Autosugestia (victoria ideilor de calm, activitate, curaj asupra ideilor contrare care le-au şters din conştiinţă) poate fi realizată de bolnavul însuşi cu ajutorul atenţiei. Concentrîndu-şi atenţia asupra unor idei pozitive şi menţinîndu-le astfel cu perseverenţă şi spirit, bolnavul le va conferi „vitalitatea necesară pentru a reveni din adîncurile unde somnolau, în plina lumină a conştiinţei". De la asentiment la credinţă şi de aci la realizare efectivă, de la idee la act şi sentiment, iată etapele marşului victorios al ideii terapeutice în conştiinţa bolnavului.

Tema concentrării atenţiei ca modalitate de manifestare a puterii spiritului asupra corpului apare frecvent în literatura psihoterapeutică a vremii. O întreagă literatură consemnează efectele pozitive sau negative ale concentrării atenţiei asupra unui anumit organ. Încă autorul „Raporturilor fizicului şi moralului", CABANIS, scria „Noi ştim cu certitudine că atenţia modifică direct starea locală a organelor, deoarece, fără ea leziunile cele mai grave nu produc adeseori nici durerea, nici inflamaţia care le sînt proprii şi că dimpotrivă o observare minuţioasă a celor mai fugitive impresii le poate atribui un caracter important sau chiar să genereze uneori impresii veritabile fără cauză reală exterioară şi fără un obiect care să le determine". Consemnînd concluzii asemănătoare, autori de la sfîrşitul secolului cred a recunoaşte în această particularitate a atenţiei un factor cauzal sau favorizant al cancerului stomacului (TROUSSEAU), paraliziei şi altor afecţiuni ale mişcării (RUSSEL, RAYNOLDS), afecţiuni ale gîtului. Se comunică şi cazuri de pseudoîmbolnăviri (holeră, vărsat de vînt, hidrofobii) prin reproducerea simptomelor dato-

Scanned with OKEN Scanner

rită anxietății. H. HOLAN citează cazul lui Hunter care putea produce senzații în orice parte a corpului concentrîndu-și atenția asupra regiunii respective (1839), FORBES WINSLOW, ocupîndu-se de „Bolile obscure ale creierului și psihicului" (1860), afirmă, ca pe un fapt bine cunoscut, că alterarea țesuturilor este rezultatul concentrării morbide a atenției asupra structurii cutărui sau cutărui organ. Prelungită pe o perioadă mai lungă această focalizare negativă antrenează devieri în funcționarea normală a organelor și duce curînd la apariția unor leziuni manifeste. HOCK TUKE cere unui grup de douăzeci persoane să-și concentreze atenția timp de un minut asupra degetului lor mic și constată că unii nu percep nici o senzație, alții resimt senzații intense de durere, pulsații arteriale, cei mai mulți declară o impresie vagă de greutate și mîncărime. DELBEUF din Liège consideră că fixarea atenției asupra unei părți a corpului ne face conștienți de travaliul organic ce se desfășoară în acea regiune automat, în afara conștiinței noastre. Sir JAMES PAGET (1871) constată, în aceeași situație, creșterea temperaturii peste limita normală. WUNDERLICH (1887) confirmă această observație. WATTERVILLE consemnează această „proprietate uimitoare a sistemului nervos" de a suspenda activitatea unor regiuni ale organismului atunci cînd altele acționează. Concentrarea atenției asupra unei impresii sau unui gînd are ca urmare că restul organismului își diminuează activitatea, fiind dominat de regiunea aflată în activitate (C. LLOYD TUKEY), (290).

Aceste observații empirice, caracterizate printr-un entuziasm, uneori excesiv, consemnează în fapt fenomene cărora principiul dominantei formulat de UHTOMSKI (1923, pe baza unor lucrări începute încă din 1904) ca și cercetările lui PAVLOV și ale colaboratorilor săi le conferă o justificare fiziologică.

Programul educațional terapeutic va primi astfel un conținut precis: dacă tulburările neuropsihice se datoresc unor deficite ale atenției și dacă atenția este educabilă, trebuie întreprinsă deci reeducarea ei.

În scopul realizării acestei autoeducații, bolnavul își va însuși o anumită tehnică prin intermediul căreia își „învață" atenția să se concentreze în raport cu obiectivul terapiei. El va aplica „reculegerea", autosugestia contemplativă sau reprezentativă, care-l antrenează să se reprezinte sieși, așa cum dorește să fie și autosugestia verbală.

Roadele educării atenției le culege îndeosebi voința, celălalt proces psihic aflat în centrul preocupărilor psihoterapeutice ale autosugestiei terapeutice. Relația între atenție și voință ar constitui mecanismul psihic fundamental al acțiunii psihoterapeutice al cărei obiectiv îl constituie educația voinței. A voi se realizează prin reflecție, formă a atenției care face pe deplin conștiente diferitele ele-

Scanned with OKEN Scanner

mente ale conflictului ce se desfăşoară în noi înşine, îngăduindu-ne să le interpretăm cu deplină obiectivitate ca nişte judecători imparţiali şi să luăm decizia cea mai sănătoasă care, tot prin acţiunea atenţiei acumulate asupra hotărîrii luate se impune cu putere spiritului şi se realizează în fapt. Efortul voluntar nu ar fi decît acumulare bruscă de atenţie. Iar „a învăţa să voieşti", obiectiv central al acestei educaţii terapeutice înseamnă „a învăţa să-ţi disciplinezi atenţia, să-ţi pui atenţia în serviciul inteligenţei". Educaţia se impune ca mijloc esenţial deoarece voinţa este eminamente educabilă „prin oameni sau prin lucruri". Or, terapeutica sugestivă va determina ideea pozitivă acceptată ca atare de inteligenţă şi o va plasa în centrul actului voluntar, apoi îi va învăţa pe subiecţi să dea acestor idei puterea de a se înfăptui în act, realizabilă dacă ţinem seama de principiul că fiecare idee conţine în germene fenomenul pe care îl exprimă şi că reprezintă în fapt un act incipient. Antrenîndu-se cu perseverenţă să reţină cît mai mult ideea binefăcătoare în conştiinţă şi să focalizeze în nucleul ei senzaţiile şi sentimentele rezultate din expresia pe care o atribuie ideii, subiectul îşi disciplinează atenţia, conferindu-i capacitatea de a amplifica sau restrînge puterea ei dinamogenă. Fortificată prin exerciţiu, atenţia (sinonimă pentru autor cu autosugestia) va obţine ulterior facultatea de a dirija procesul de deliberare interioară, de reflecţie precedînd decizia „pentru a evoca, compara, preciza în deplină conştiinţă diferitele motive de acţiune sau abţinere, pentru a împiedica un sentiment puternic de a-şi însuşi actul pe neaşteptate, într-un cuvînt, pentru a ne permite de a ne determina pe cît este cu putinţă în deplină cunoştinţă de cauză".

Dealtfel în concepţia lui P. EM. LEVY, educaţia raţională a voinţei nu se poate realiza prin demersuri episodice şi izolate, ea necesită un regim de igienă morală, în fapt un regim pedagogic avînd ca scop explicit formarea unor deprinderi de viaţă şi activitate propice sănătăţii psihice. Deprinderilor patologice li se vor opune „deprinderile curative" care le vor combate şi apoi le vor înlocui.

Consecvent punctului său de vedere iniţial, autorul defineşte igiena morală ca „o fixare în organismul nostru prin intermediul sugestiei a unor deprinderi sănătoase fizice şi psihice". Este „arta de a asigura sănătatea corpului şi spiritului printr-o respectare strictă şi asiduă a anumitor reguli". Ea reprezintă o igienă prin intermediul spiritului, dar se ocupă şi de corp, impunînd o igienă corporală riguroasă. Autorul este partizanul unei îngrijiri echilibrate a corpului şi psihicului pe care le consideră în interdependenţă. Principiile igienei morale implică: a) o temeinică cercetare a propriei persoane şi o profundă cunoaştere a ei, o reprezentare pe cît

Scanned with OKEN Scanner

de clară pe atît de loială a calităţilor şi lipsurilor, a forţelor şi slăbiciunilor fizice şi morale; b) o imagine cît mai clară a ceea ce am putea să fim, o reprezentare a modelului spre care trebuie să tindem; c) o concepţie limpede a ceea ce am putea să facem, a principiilor directoare ale conduitei, viaţa interioară modelînd astfel viaţa noastră exterioară de oameni de acţiune. Igiena morală este considerată de P. EM. LEVY ca „o filozofie practică de viaţă", „arta de a disciplina spiritul şi corpul, existenţa în totalitatea ei sub imperiul legilor inteligenţei şi raţiunii".

Acesta este în fapt şi scopul educaţiei voinţei prin autosugestie.

Concluzia se impune şi formularea ei nu întîrzie: această metodă justifică o medicină psihică făcută de noi înşine asupra noastră înşine, disciplinarea voinţei, făcîndu-ne stăpîni ai propriului nostru organism.

Deşi autorul şi-a conceput metoda ca pe o „educaţie raţională a voinţei" — el a mai păstrat, în teorie şi practică, numeroase elemente proprii hipnozei. Astfel, se urmăreşte diminuarea stării de vigilitate, ideea trebuie introdusă în spirit „prin efracţie" în momentele de tranziţie de la veghe la somn, educarea voinţei se realizează prin evitarea oricărei manifestări făţişe a voinţei, aceasta trebuind oarecum „surprinsă" şi silită să se supună cu ajutorul concentrării atenţiei. Ulterior, elementele raţionale ale metodei vor fi din ce în ce mai estompate. „A doua Şcoală din Nancy (COUÉ, BAUDUIN) consideră depăşită poziţia lui P. EM. LEVY şi H. PARKYN, mai ales în ceea ce priveşte „educaţia raţională a voinţei" şi efortul voluntar. Autosugestia nu trebuie substituită, ci adăugată voinţei ca o modalitate diferită de acţiune, capabilă să se manifeste acolo unde voinţa nu este eficientă. Sugestia nu trebuie confundată cu efortul voluntar. Astfel, elementele educaţionale sînt în fapt anulate (23).

6.11. Metode educaţional-terapeutice în neurologie şi psihiatrie la sfîrşitul secolului al XIX-lea şi începutul secolului al XX-lea

Altele vor fi metodele care vor justifica prin structura şi funcţionalitatea lor denumirea de metode educaţionale. Ele s-au născut în fapt din observarea rezultatelor obţinute în educaţia copiilor (133) ca o valorificare a concluziei că metodologia aplicabilă sistemelor şi funcţiilor aflate la un nivel foarte redus de potenţialitate datorită poziţiei lor în scara dezvoltării normale a organismului pot

Scanned with OKEN Scanner

fi eventual aplicate cu succes și în cazurile în care funcționalitatea redusă apare ca postefect al unui proces patologic. Cu alte cuvinte cele două situații sînt abordate din punctul de vedere al efectului fără a mai ține seama de cauze, această metodologie definindu-se ca simptomatologică.

Modelul actului educațional terapeutic a fost constituit, într-o etapă de început, de reeducarea mișcării deficitare. Caracterul oarecum automat al mișcării membrelor, posibilitatea de a reprezenta mai clar mecanismul considerat sub aspectul funcționării normale și deficitare, ca și exigențele metodologice reduse au conferit acestei forme de reeducare o aplicabilitate largă. Informația se limita la explicarea unei mișcări simple, ea fiind fixată ulterior printr-o exersare perseverentă. Acțiunea era facilitată și de experiența anterioară a bolnavului care, într-o anumită măsură, putea fi activizată.

Abordînd din perspectiva istorică constituirea actului educațional terapeutic, P. JANET (140) diferențiază mai multe etape care au condiționat în fapt transferul acestei modalități terapeutice din sfera afecțiunilor neurologice în domeniul psihiatriei.

Într-o primă etapă, actul educațional este preconizat în tratamentul coreei, logopatiilor, paraliziilor isterice, mutismului și afoniei isterice, anorexiei isterice. LAISNÉ (1854) și BLACK (1864) subliniază semnificația terapeutică pozitivă a exercițiilor de ritmică în coree. LEIG (1825) la New York, CLAUDIUS și ARTHUR CHERVIN (1867) în Franța, utilizează procedee educaționale în terapia balbismului. CHERVIN imaginase o metodă în doi timpi: se începea prin calmarea emotivității bolnavului, întrerupîndu-se cu strictețe comunicarea orală în scopul deconectării afectivității de factorul traumatizant și după o perioadă de repaos complet se trecea la realizarea „disciplinei motrice a organelor vorbirii", diafragma, mușchii toracelui, nările, laringele, vălul palatin, limba, buzele fiind supuse unei reeducări intensive. „Bolnavul este învățat să respire, să-și utilizeze corect respirația în timpul vorbirii, să vorbească rar, să articuleze limpede, să scandeze silabele etc.".

În aceeași perioadă CHARCOT susținea educabilitatea paraliticilor isterici, deoarece ei nu prezintă leziuni grave ale sistemului nervos. El considera că paraliziile isterice pot fi reduse cu ușurință dacă se atrage atenția bolnavului asupra mișcării ce i se cere și este determinat să-și reprezinte senzația legată de mișcarea respectivă. În acest scop bolnavul își concentra atenția asupra mișcării, o descria verbal, o reproducea cu membrul sănătos, își reprezenta mișcarea cu ochii închiși pînă cînd se obțineau, prin numeroase exerciții, unele mișcări. În această fază se amplifica reprezentarea conștientă pe care bolnavul și-o formase asupra mișcărilor mîinii sau piciorului prin

Scanned with OKEN Scanner

intermediul unor instrumente care puteau da senzaţia mişcării (dinamometre) sau prin reproducerea mişcării cu membrul valid şi cu cel bolnav. Metoda a înregistrat numeroase reuşite şi „a cîştigat repede celebritatea".

Afonia isterică este tratată prin metode asemănătoare. ERNOUL (1898) consemnează ca metode educaţionale în terapia blocajului isteric al vorbirii gimnastica respiratorie şi reeducarea articulării sunetelor. În clinica lui CHARCOT, se utiliza în reeducarea vorbirii acestor bolnavi metodele surdopedagogiei: repetarea sunetelor simple, atingerea cu degetele a pieptului şi laringelui medicului pentru a percepe şi reţine mişcările şi vibraţiile, exerciţii de respiraţie, articularea sunetelor, silabelor şi cuvintelor.

Sînt de asemenea tratate prin metode educaţionale diferite tulburări motorii, contracturi, ticuri isterice, astazoabazii (incapacitatea ortostatismului şi mersului prin tulburarea automatismului actului motor al mersului fără ca forţa musculară, mişcările segmentare active, funcţiile vestibulare sau sensibilitatea profundă să fi fost afectate), paralizii isterice.

O educare a funcţiei de alimentare se realiza în tratamentul anorexiei isterice prin intermediul unui regim alimentar gradat.

Într-o a doua etapă se aplică „tratamentul prin reeducare" în paraliziile şi tulburările motorii de origine organică. LEYDEN şi FRAENKEL (1899) le aplică în tabes încercînd să substituie senzaţiilor tactile şi chinestezice pierdute de bolnav senzaţiile vizuale, învăţîndu-l pe acesta să-şi regleze mersul cu ajutorul vederii. Mersul este descompus într-o serie de mişcări elementare pe care bolnavul le învaţă: va pune picioarele pe anumite linii sau desene executate pe parchet, va urca o scară. Apoi se trece la exerciţii din ce în ce mai complexe pînă cînd analizatorul vizual va înlocui complet analizatorul tactil dezafectat în reglarea mersului. Numeroase lucrări din primul deceniu al secolului al XX-lea comunică bunele rezultate obţinute cu metoda lui FRAENKEL.

M. I. MADISON TAYLOR (1901) aplică, în paralysia agitans şi în alte forme de tremor o metodă asemănătoare bazată pe exerciţii sistematice şi obţine ameliorări.

Reeducarea motrice se aplică de asemenea în unele cazuri de hemiplegie, obţinîndu-se o facilitate a restaurării mişcării (M. FAURE, 1902).

Se fac de asemenea tentative încurajatoare în ceea ce priveşte reeducarea limbajului la afazici (STEPHEN IVORY FRANZ, 1905).

A treia etapă consemnează utilizarea metodelor educaţionale în tratamentul tulburărilor motorii la neurastenici şi în special la psihastenici. Îndeosebi numeroasele automatisme patologice proprii

Scanned with OKEN Scanner

acestor bolnavi, ticurile de tot felul justifică intervenţia educatorilor terapeuţi. JANET (1889) atrage atenţia asupra procedeelor educaţionale susceptibile a fi aplicate în tratamentul ticurilor.

Referindu-se la lucrările recente ale lui I. P. PAVLOV, MORTON PRINCE (1911) consideră că tehnica reflexului condiţional poate fi utilizată în disoluţia „neurogramelor" (ticurilor) prin „decondiţionarea" asociaţiei motorii nevrotice în cadrul unei „educaţii inverse"; se va reface în direcţia opusă calea urmată de condiţionarea patologică. MORTON PRINCE devine astfel precursorul terapiei comportamentale contemporane.

Principiul aplicat de şcoala franceză (JOLLY 1830, BLACHE 1654, BRISSAU, MEIGE, FEINDEL) în reeducarea automatismelor motorii patologice preconizează formarea inhibiţiei condiţionate, readucerea mişcării sub controlul voinţei. Exerciţii a căror durată este minuţios gradată permit bolnavului să prelungească treptat perioadele de suprimare voluntară a ticului. Se trece apoi la executarea unor mişcări cu menţinerea inhibării ticului. Este necesară prezenţa educatorului şi numeroase exerciţii individuale. Principii asemănătoare sînt aplicate în reeducarea bolnavilor cu crampe profesionale şi îndeosebi cu crampa scriitorului. KONINDJY (1906) aplică în acest scop o metodă bazată pe exersarea muşchilor extensori ai mîinii deveniţi hipotoni şi pe scrierea cu mîna întoarsă pentru scăderea hipertoniei. Bolnavul este apoi învăţat să scrie încet şi supus unei serii de exerciţii care dezvoltă mişcările precise ale mîinii.

În această etapă se continuă dezvoltarea logopediei prin îmbogăţirea arsenalului metodic. Orientarea demersului educaţional rămîne încă excesiv simptomatică.

O modalitate oarecum insolită de utilizare a actului educaţional în scopuri terapeutice o constituie educarea funcţiei alimentare, preluată din terapia isteriei. DUBOIS (din Berna) stabileşte un raport direct între numeroase „gastropatii" şi proastele obiceiuri, tulburările emoţionale, diferite stări nevrotice, susţinînd ideea unei „educaţii alimentare". M.R.C. CABOT consideră că o astfel de educaţie reprezintă în fapt o reeducare a capacităţii de muncă a diferitelor organe (stomac, intestine, organe sexuale, creier) şi o consideră ca o „work cure". A. BLIX postulează „influenţa spiritului asupra digestiei" şi consecinţa acestei acţiuni: reeducarea capacităţii spiritului de a regla activitatea organismului. DEJERINE şi GAUCKLER arată relaţia între educaţia necorespunzătoare, proastele obiceiuri şi modificările patologice ale apetitului: anorexia şi bulimia, afirmînd că o judicioasă educaţie alimentară poate suprima numeroase tulburări nevrotice grave.

Scanned with OKEN Scanner

acestor bolnavi, ticurile de tot felul justifică intervenţia educatorilor terapeuţi. JANET (1889) atrage atenţia asupra procedeelor educaţionale susceptibile a fi aplicate în tratamentul ticurilor.

Referindu-se la lucrările recente ale lui I. P. PAVLOV, MORTON PRINCE (1911) consideră că tehnica reflexului condiţional poate fi utilizată în disoluţia „neurogramelor" (ticurilor) prin „decondiţionarea" asociaţiei motorii nevrotice în cadrul unei „educaţii inverse"; se va reface în direcţia opusă calea urmată de condiţionarea patologică. MORTON PRINCE devine astfel precursorul terapiei comportamentale contemporane.

Principiul aplicat de şcoala franceză (JOLLY 1830, BLACHE 1854, BRISSAU, MEIGE, FEINDEL) în reeducarea automatismelor motorii patologice preconizează formarea inhibiţiei condiţionate, readucerea mişcării sub controlul voinţei. Exerciţii a căror durată este minuţios gradată permit bolnavului să prelungească treptat perioadele de suprimare voluntară a ticului. Se trece apoi la executarea unor mişcări cu menţinerea inhibării ticului. Este necesară prezenţa educatorului şi numeroase exerciţii individuale. Principii asemănătoare sînt aplicate în reeducarea bolnavilor cu crampe profesionale şi îndeosebi cu crampa scriitorului. KONINDJY (1906) aplică în acest scop o metodă bazată pe exersarea muşchilor extensori ai mîinii deveniţi hipotoni şi pe scrierea cu mîna întoarsă pentru scăderea hipertoniei. Bolnavul este apoi învăţat să scrie încet şi supus unei serii de exerciţii care dezvoltă mişcările precise ale mîinii.

În această etapă se continuă dezvoltarea logopediei prin îmbogăţirea arsenalului metodic. Orientarea demersului educaţional rămîne încă excesiv simptomatică.

O modalitate oarecum insolită de utilizare a actului educaţional în scopuri terapeutice o constituie educarea funcţiei alimentare, preluată din terapia isteriei. DUBOIS (din Berna) stabileşte un raport direct între numeroase „gastropatii" şi proastele obiceiuri, tulburările emoţionale, diferite stări nevrotice, susţinînd ideea unei „educaţii alimentare". M.R.C. CABOT consideră că o astfel de educaţie reprezintă în fapt o reeducare a capacităţii de muncă a diferitelor organe (stomac, intestine, organe sexuale, creier) şi o consideră ca o „work cure". A. BLIX postulează „influenţa spiritului asupra digestiei" şi consecinţa acestei acţiuni: reeducarea capacităţii spiritului de a regla activitatea organismului. DEJERINE şi GAUCKLER arată relaţia între educaţia necorespunzătoare, proastele obiceiuri şi modificările patologice ale apetitului: anorexia şi bulimia, afirmînd că o judicioasă educaţie alimentară poate suprima numeroase tulburări nevrotice grave.

Scanned with OKEN Scanner

La fel, tulburările somnului sînt susceptibile de ameliorare printr-o educație apropriată (SAMUEL FELLOWS). Aceste modalități ale terapiei educaționale se întemeiază mai ales pe ritmicizarea funcțiilor respective. Ele funcționează după o schemă operațională elementară: atenția acționează asupra mișcării, stimulînd voința prin intermediul căreia se va realiza inhibiția sau excitația necesară funcționalității optime și reintegrării mecanismelor tulburate.

Un pas mai departe, în fapt un autentic salt calitativ, fac acei terapeuți care preconizează extensia educației de la „mișcările corpului la mișcările spiritului", constituirea unui sistem de exerciții ale spiritului, a unei gimnastici mintale prin intermediul căreia să se completeze dezvoltarea deficitară a personalității bolnavului spre a deveni un instrument eficient în lupta cu boala. Această mișcare de translație este operată îndeosebi de terapeuții americani influențați de curentul „Christian science" și îndeosebi de continuarea acestuia, „New thought", dar va fi realizată și de terapeuți europeni ca DUBOIS (din Berna), P. E. LEVY, DEJERINE și GAUCKLER, P. JANET și alții. Autor, celebru în epocă, al *Disoluției unei personalități*, MORTON PRINCE nu ezită să-și intituleze o comunicare din 1888 și un articol din 1898 *The educational treatement of neurasthenic and certain hysterical states* și nici să critice tratamentele prin „economie" care utilizau odihna prelungită, izolarea și supraalimentarea bolnavului („The rest cure" a lui WEIR MITCHELL) în scopul vindecării tulburărilor mintale. Reprezentant al orientării educaționale în terapia bolilor psihice, psihiatrul american consideră ca metodă preferabilă „reeducarea caracterului bolnavului" nu prin izolare, ci prin separare de mediul habitual și integrarea într-un mediu nou, unde se va învăța să trăiască așa cum se cuvine. „Ceea ce consider ca deosebit de greu și de interesant — scrie MORTON PRINCE (140), — este ceea ce numesc eu educația bolnavului; pe aceasta trebuie să ne rezemăm pentru a-i da deprinderi ale corpului și spiritului care să-l facă apt a se reîntoarce în bătălia vieții, fără a sucomba". Metoda propusă implică un întreg program de educație morală: modificarea părerilor eronate ale bolnavului, lichidarea aprehensiunilor sale, distrugerea „acelui obicei vrednic de plîns de a considera orice senzație dezagreabilă ca semn al unei leziuni grave, ireparabile", dezvoltarea capacității de control emoțional și suprimare a stărilor emoționale negative, ca și a posibilității de a face cel mai mare număr de acțiuni posibile fără accidente. O întreagă pleiadă de psihiatri americani (L. F. BARKER — 1906 — care comunică experiența sa cu metodele simple ale psihoterapiei și reeducării, W. S. THAYER — 1907 — care preconizează împletirea procedeelor fizice cu cele psihice, T. A. WILLIAMS — 1908 —, cu contribuții în ace-

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

laşi sens, şi îndeosebi psihoterapeuţii reuniţi în lucrarea lui PARKER, *Psychotherapy:* M.R.C. Cabot (care cere bolnavului să folosească „lucrul mintal" ca mijloc de vindecare şi utilizează cura prin muncă, the work cure etc.) — adoptă ideile formulate de MORTON PRINCE şi le aplică în practică.

O evoluţie interesantă înregistrează poziţia lui P. E. LEVY, psihiatrul francez care, la sfîrşitul secolului, se prezenta ca admirator necondiţionat al autosugestiei, preconizînd educaţia raţională a voinţei bolnavilor prin tehnici de autosugestie. În primii ani ai secolului al XX-lea, acelaşi autor afirmă că metoda psihoterapeutică cea mai indicată în tratamentul nevroticilor nu este nici sugestia, nici persuasiunea care reprezintă formule insuficiente, ci educaţia sau reeducarea bolnavului. În concepţia acestui autor educaţia terapeutică trebuie să se adreseze esenţialmente raţiunii şi raţionamentului, scopul principal fiind obţinerea controlului emoţional.

Un teoretician şi practician cunoscut al terapiei educaţionale este P. DUBOIS din Berna (86, 87). El practică un sistem mixt în care prescripţiile dietetice şi recluzive sînt îmbinate cu o „educare" a bolnavului ce îmbracă frecvent aspectul unei moralizări didactice.

Pentru DUBOIS, scopul tratamentului constă în a-i reda bolnavului stăpînirea de sine, iar metoda este „înrîurirea educativă", „educarea voinţei sau mai exact a judecăţii". Astfel, tratamentul nevrozelor devine prin excelenţă un „tratament moral".

Într-adevăr, în ideile lui DUBOIS din Berna se pot identifica multe elemente ale vechiului „regim moral" pinelian. Astfel, el se defineşte ca un adversar consecvent al hipnozei în terapia bolilor psihice, deşi se pare că o practicase cîndva. Metoda sa constă în convorbiri zilnice cu bolnavul avînd ca scop perfecţionarea conduitei acestuia, „mici conferinţe" medicale sau educative în cadrul cărora i se explică bolnavului cu argumente convingătoare adevărata natură a suferinţei sale, lipsa de gravitate obiectivă a bolii de care se teme, se stimulează voinţa sa, încrederea în sine, credinţa în posibilitatea vindecării. I se propun zilnic subiecte de meditaţie („boala mea este nervoasă adică psihică, nu există leziune şi se vindecă întotdeauna").

Uneori aceste lecţii şi sfaturi sînt destul de naive, didacticismul lor nu pare a le recomanda acceptării de către bolnav („ai nevoie de sănătate morală, cea fizică depinde de cealaltă iar încrederea în propria dumitale persoană nu se cîştigă nici prin duşuri, nici prin benzo-naftol, nici prin glicerofosfaţi. Nu te mai gîndi la stomac şi la intestin, îndură cu voioşie indispoziţiile pe care ţi le pricinuiesc încă aceste organe şi pune-ţi în minte gîndul să trăieşti o viaţă activă şi sănătoasă"). Totuşi DUBOIS a obţinut succese importante şi numeroase, avînd şi discipoli îndeosebi în Franţa. Deşi încrederea sa ex-

cesivă în influența rațiunii și a raționamentului nevroticului asupra vindecării nu par a fi justificate integral de progresele psihiatriei, iar „moralizarea" nu-și vădește virtuți universale, contribuția sa rămîne interesantă, el participînd la fundamentarea psihoterapiei raționale.

Alături de metodele care întreprind educarea morală a bolnavului pentru a-i da posibilitatea de a se opune „cu mijloace psihice unor boli psihice" (P. DUBOIS), se utilizează și metode de reeducare a funcțiilor psihice sau fiziologice blocate îndeosebi în condițiile comportamentului nevrotic. Se întreprinde educarea capacității de percepție diminuată sau abolită. Educarea percepției tactile și chinesteziei în tulburările de mișcare, a auzului la sclerozați, vindecarea surdității, a tulburărilor de vedere de natură isterică, se realizează prin intermediul exercițiilor apropriate (de „atenție educativă" în cazul surdității isterice — JANET) și a îndrumării și controlului sistematic din partea terapeutului.

Cea mai inedită ipostază a acțiunii educaționale o constituie, desigur, solicitarea actului educațional în terapia nevrozelor viscerale. În perioada la care ne referim se fac și astfel de tentative. Referindu-se la rezultatele obținute, JANET consideră ca „incontestabilă" aserțiunea că „o anumită educație poate exercita o acțiune deosebit de favorabilă asupra afecțiunilor ce par a interesa funcțiile viscerale. Cadrul alimentației și respirației, în care se exercită numeroase mișcări asupra cărora se poate influența prin intermediul voinței pare cel mai propice acțiunii educațional-terapeutice.

Unii bolnavi nu știu să se alimenteze corect deoarece pierd coordonarea anumitor mișcări necesare. Ei trebuie învățați să mestece și să înghită hrana. Se preconizează în acest scop „ședințe de reeducare a deglutiției", pentru a limita aerofagia. Prin reeducarea mișcărilor diafragmei, mușchilor trunchiului și abdomenului se obțin ameliorări în constipație. Se prescriu regimuri alimentare care implică o instruire adecvată a bolnavului și regimuri orare pentru anumite funcții fiziologice implicate în alimentație.

Cei mai mulți nevrotici prezintă tulburări respiratorii legate de paralizii, contracturi ale diferiților mușchi, ticuri respiratorii diverse, polipnee, tuse, suspine, sughițuri, eructațiuni. Studiul respirației toracice și abdominale la acești bolnavi evidențiază frecvent „respirații neregulate, disritmice, superficiale, o ventilație pulmonară insuficientă". Există o relație strînsă între respirație, vorbire și atenție care dealtfel va fi utilizată și în cadrul demersului educațional. S-a utilizat îndeosebi gimnastica respiratorie sub două aspecte: formarea unei respirații normale, ample și corecte și capacitatea de a o modifica la comandă, de a o supune voinței, controlîndu-i

Scanned with OKEN Scanner

ritmul și intensitatea. S-au obținut rezultate pozitive în vindecarea accidentelor respiratorii (polipnee) uneori în cazuri în care hipnoza se dovedise ineficientă, dispariția aerofagiei și meteorismului, precum și unele realizări semnificative în educarea atenției și a unor tulburări mintale.

Încurajat de rezultatele obținute prin metode educaționale la nivelul funcționalității organice, P. JANET, el însuși un educator terapeut perseverent, curajos și lucid, întreprinde tratarea unor nevroze mai complexe. El tratează astfel cu succes hipocondria, diminuînd treptat intensitatea centrării pe dominanta patologică. Fobia de singurătate este vindecată printr-un procedeu care precede parcă tehnicile contemporane de terapie comportamentală: bolnava este obișnuită treptat cu singurătatea, mărindu-se timpul petrecut fără însoțitor în măsura în care depășește o anumită treaptă. „Restabilirea, care este completă în cîteva luni, pare cu adevărat rezultatul unei educații" observă JANET, precizînd că bolnava a fost învățată să-și suporte singurătatea. Agorafobii au fost antrenați prin intermediul unor adevărate exerciții, să se deplaseze neînsoțiți, să treacă strada, să meargă printr-o piață sau pe străzi fără farmacii, acest antrenament avînd o durată de mai multe luni. P. JANET este un partizan consecvent al educației prin muncă și o utilizează în practică. Bolnavii sînt îndrumați să-și concentreze atenția asupra muncii, să-și organizeze activitatea, să aibă continuitate și randament, să realizeze o administrație eficientă a potențialului energetic, în fapt o adevărată educație a personalității bolnavului. El introduce în tratamentul unor idei obsesivo-fobice (îndeosebi în nozofobie) o autentică metodă instructiv-educativă. În cazul Justine, bolnavei i se impune o activitate de tip școlar, „lucru cerebral asemănător celui efectuat de elevi în colegii" precizează JANET. Nu este vorba despre un divertisment sau despre un mijloc de cheltuire a timpului, ci de o gimnastică a intelectului care trebuie să sporească, prin intermediul exercițiilor, puterea de sinteză mentală considerată de autor ca unicul obstacol eficient în calea sugestibilității și ideilor obsesive. Se propun calcule, mici probleme, lecturi urmate de relatarea celor citite, dictări, probleme de aritmetică, solfegii la pian etc. Se solicită exclusiv raționamentul, capacitatea de construcție mentală, spiritul critic, analiza și sinteza.

Se gradează materia predată în raport cu durata atenției și numărul elementelor asupra cărora se exercită funcția de sinteză, urmărindu-se lărgirea cîmpului conștiinței dominat de preocuparea obsesivă și sporirea puterii spiritului pentru a-i da posibilitatea să mențină în conștiință simultan mai multe idei, să le combine și să

Scanned with OKEN Scanner

le opună una alteia. În cazul amintit s-a obținut reactivarea pacientei în planul „muncii intelectuale" și implicit reinserția sa, fie și parțială în viața activă.

În fapt educația spirituală a bolnavului (educarea psihicului său) implică la P. JANET două obiective ce trebuie urmărite simultan: cucerirea unei autorități integrale asupra bolnavului și reducerea sistematică a dependenței ce rezultă din acceptarea acestei autorități. El clasifică aceste metode, poate nu deosebit de inspirat, în categoria „tratamentelor prin excitație", subliniind astfel funcția lor de stimulare. În fapt cea mai mare parte a metodelor citate mai sus stimulau într-un fel sau într-altul activitatea psihică.

Atenția, funcția psihică pe care psihoterapeutica epocii, fără deosebire de orientare, o solicită ca pe un agent restructurant infailibil se află și în centrul preocupărilor educațional terapeutice ale lui P. JANET. Evocînd rezultatele pozitive obținute într-un caz de isterie prin educarea efortului și atenției și amintind metoda folosită (studii de istorie, traduceri din limbi străine, pictură, muzică), JANET scrie „... am obținut în multe cazuri rezultate curioase și încurajatoare, astfel că am regretat în acel moment că acele instituții unde sînt plasați acești bolnavi nu pot să fie în anumite cazuri adevărate institute de educație". JANET preconiza chiar, în tratamentul psihasteniei, o „reeducare a emoției", nu „a emoției vagi și elementare care în ultima sa expresie constituie anxietatea și fobia", ci o stare afectivă superioară, cu o semnificație situațională precisă „în raport cu circumstanțele și care să se bucure de o bună apreciere din partea bolnavului". Această reeducare este orientată împotriva defectului de atenție care „în psihastenie, joacă un rol esențial". Teoretic, se preconizează deci obținerea unei afectivități stenice prin desprinderea atenției de „centrul de interes" patologic și integrarea ei într-un comportament constructiv. Orice activitate intelectuală, orice muncă interesantă și cu un anumit grad de dificultate spre a se evita executarea ei automată pot să dea naștere unei emoții stenice care, dezvoltînd munca, efortul și atenția, determină prin aceasta tensiuni psihologice crescute denumite de autor excitație, efect pozitiv al unei terapii ocupaționale.

Se impune, ca o concluzie la analiza contribuției lui PIERRE JANET, istoric, teoretician și practician al terapiei educaționale, să subliniem deosebita însemnătate a activității sale în evoluția educației terapeutice. Pentru prima dată metodele preconizate erau utilizate nemijlocit în cadrul unei concepții terapeutice lipsită de echivoc, întemeiată pe o teorie psihopatologică coerentă.

În concepția lui JANET instanța energetică este sistemul de referință care condiționează principial tratamentul. Demersul educa-

Scanned with OKEN Scanner

țional terapeutic este diferențiat în raport cu un anumit tip de deficit, corespunzător unei anumite structuri nozologice (P. MONDOLINI, 192).

Neurastenicul, deficitar sub aspectul rezervelor energetice, și al posibilităților de a le utiliza la nivelul tensional cerut de acțiune, realizînd acte de nivel scăzut, echilibrate, dar fără eficacitate, va fi supus unui regim educațional, care are ca scop creșterea „veniturilor" (rezervelor) energetice, diminuarea „cheltuielilor" de energie nejustificată, lichidarea „datoriilor", reminiscențe traumatice încă active. Măsurile de igienă fizică și psihică, somnul regulat și odihnitor, un buget energetic echilibrat va crește „veniturile", sporind astfel rezervele de energie. Bolnavul va fi inițiat și va învăța prin exerciții corespunzătoare și control anumite tehnici de „investiție" a energiei sale. Se vor suprima toate cauzele de consum energetic exagerat sau nejustificat: elementele conflictuale sau eforturile fizice și psihice exagerate, diferite deficite sau tulburări cronice, factorii psihogeni. JANET preconizează o analiză amănunțită a ambianței nevroticului, relații sociale, condiții de viață și îndeosebi de muncă implicînd în fapt o psihotehnică a nevroticului care să permită eradicarea radicală a pierderilor („cheltuielilor") energetice.

În sfîrșit „lichidarea morală" a ceea ce denumește JANET „datoriile", traumele psihice subconștiente, dar încă active, amintirea unor situații conflictuale intense etc. se va realiza printr-o psihoterapie perseverentă, în fapt, o educație a personalității, care tinde la depistarea și eliminarea sistemelor subconștiente ce intervin în activitatea conștientă, acționînd ca surse de oboseală nervoasă și situarea acestor elemente restructurate psihic într-o conștiință clară și sintetică.

Schema operațională apare modificată în cazul psihastenicului caracterizat printr-o energie abundentă în condițiile unei tensiuni psihice reduse. Datorită acestei contradicții apar „derivațiile de energie" patologice, ticuri, rituri, diferite automatisme, investirea energiei în anxietăți, obsesii și fobii ca și în acțiunile de evitare sau compensare. Regimul educațional-terapeutic va implica activități „de excitație", care să determine descărcări energetice considerabile (exerciții fizice violente, marșuri prelungite, ergoterapie în condiții de efort și de durată), favorizînd lichidarea derivațiilor patologice și drenarea energiei într-o direcție productivă. Inactivitatea va fi combătută sistematic pentru a se evita „încărcarea rezervelor" și alimentarea din nou a „derivațiilor".

Rolul prin excelență terapeutic al actului educațional se exercită însă în tratamentul hipotoniei (care semnifică pentru JANET scăderea globală a tensiunii psihofizice). Prin intermediul ergotera-

Scanned with OKEN Scanner

piei, educării memoriei, atenției, raționamentului, al terapiilor ocupaționale cele mai variate, se va urmări realizarea excitării și stimulării, care să permită integrarea inventarului energetic în acte cu o tensiune psihică mai înaltă. Prin tehnici de antrenament, bolnavul va fi îndrumat spre un „plasament psihologic" care să-i îngăduie în viitor o investiție a puterilor sale în acte din ce în ce mai complexe.

De la educarea tulburărilor motorii sau viscerale s-a ajuns astfel la o autentică educație prin activitate a personalității bolnavului chiar dacă atenția rămîne încă nucleul acestei restructurări. Se schițează și o filozofie a acestei modalități a educației. Bolnavului nevrotic nu trebuie să i se propună obiective îndepărtate, afirmă FLEURY (1897), nevropații leneși ar fi atinși de un fel de „miopie sufletească" ce-i împiedică să vadă altceva decît scopul cel mai apropiat. Educația s-ar realiza în lupta corp la corp ce opune voința șovăielnică a leneșului energiei morale a terapeutului. CAMUS și PAGNIEZ (1904) afirmă posibilitatea unei „învățări a voinței" prin repetarea unor acte de voință din ce în ce mai dificile. Considerînd ca „psihoterapie inferioară" tratamentele prin sugestie, GRASSET (1905) postulează, o „psihoterapie superioară", o educație căreia îi dă ca scop „cultivarea, creșterea și perfecționarea voinței, stăpînirea de sine, unitatea morală a eului, personalitatea normală și completă", obiective la care ar subscrie desigur orice pedagog. În sfîrșit, DEJERINE și GAUCKLER (1911) afirmă, după DUBOIS din Berna, că personalitatea trebuie să tindă spre un scop, spre realizarea unui ideal și că neurastenicul care și-a regăsit un scop în viață încetează de a mai fi neurastenic.

Metodica reeducării atenției își găsește o sistematizare în metoda lui R. VITTOZ din Lausanne (299), deosebit de reprezentativă pentru această etapă a dezvoltării educației terapeutice.

Lucrarea lui ROGER VITTOZ *Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral* (1910), aflată în 1947 la a șasea ediție, reprezintă, în ciuda unor demersuri teoretice întemeiate adeseori pe o doză considerabilă de imaginație o autentică metodă educațional terapeutică. Ea sintetizează într-o restructurare creatoare principalele tendințe teoretice și aplicative care au participat la fundamentarea terapiei educaționale: sugestia, educația motorie, exercițiul, curentul american „New thought" asupra căruia vom reveni etc. Medicul elvețian nu se limitează la informarea bolnavului, el tinde spre activizarea sa construind în acest scop o metodică ce trebuie învățată și aplicată sub controlul educatorului.

Scopul declarat de autor este acela de a-l informa pe bolnav asupra bolii sale și a modalității de vindecare.

Scanned with OKEN Scanner

Terapeutul începe prin a explica bolnavului cum funcționează creierul. Acesta află despre existența a două „centre cerebrale" funcționale: creierul conștient sau obiectiv și creierul inconștient sau subiectiv (?). Creierul inconștient explică geneza ideilor și senzațiilor, creierul conștient realizează „punerea la punct", de el depinzînd raționamentul, judecata și voința.

Acest dualism justifică noțiunea centrală a metodei Vittoz: *controlul cerebral.*

„Controlul cerebral" este o facultate inerentă psihicului normal; el îndeplinește o funcție de echilibrare a relațiilor dintre creierul conștient și cel inconștient. În acest mod, fiecare idee, senzație, impresie, este controlată de rațiune, voință, judecată și ca urmare acceptată, modificată sau eliminată. Frînă reglatoare a funcțiilor psihologice și fiziologice, acțiunea controlului cerebral se exercită atît asupra actelor, cît și a ideilor. Educația și vîrsta îl formează, îl dezvoltă și îl antrenează constant pînă la automatizare. Factorul patologic îi tulbură și limitează funcționalitatea. Bolnavul este așadar o ființă umană scăpată de sub imperiul controlului cerebral, dar și reciproca este valabilă: orice om care nu se poate controla este în fapt un bolnav.

Lipsa controlului cerebral determină instabilitatea exagerată, caracterul instabil al psihonevroticului și explică neliniștea, teama nedefinită, senzația de „plutire" a gîndirii, reveria, starea semiconștientă, apatia, oboseala, dezgustul de viață, inconsecvența raționamentului („vagabondajul cerebral" scrie VITTOZ), lipsa de voință și încredere în sine, anxietatea, retragerea în trecut sau fixarea în prezentul imediat, preocuparea anxioasă în legătură cu starea sa, sentimentul de disperare, egoismul patologic, pierderea contactului cu realitatea, sentimentul de inferioritate, abulia, fobiile și obsesiile, diminuarea funcției analizatorilor, hiperexcitabilitate la senzații vizuale și auditive, sentimentul că „vede fără să vadă" și „aude fără să înțeleagă", simptome ale psihasteniei. În fapt, explică terapeutul, psihastenia este „o maladie a controlului cerebral".

Procesul de reeducare se realizează prin exerciții mentale, de concentrare, avînd ca scop educarea capacității de concentrare, a voinței, a conștiinței.

— *Controlul actelor* — reprezintă primul pas în reeducarea creierului

Bolnavului i se propun anumite acte simple și va fi instruit să le conștientizeze și să le recepționeze cît mai profund: va fi, de asemenea, instruit să le înregistreze fără a raționa asupra lor, să le simtă și nu să le gîndească. În concepția lui VITTOZ deosebirea între a simți și a gîndi separă net actul conștient de concentrarea patologică asupra sa, deoarece gîndirea este „emisivă", în timp ce conștiința este „receptivă". Astfel gîndirea va fi împiedicată să „emită" asupra unor acte insuficient receptate. Bolnavul va fi deci îndrumat „să vadă bine ceea ce privește", să asculte bine „ceea ce aude", „să simtă bine ceea ce face". În acest scop el va fi antrenat să realizeze „vederea conștientă", să-și lase ochii să „absoarbă" obiectul fără efort, urechea să culeagă

Scanned with OKEN Scanner

sunetele în mod firesc, obiectul atins, palpat să nu fie analizat, ci simțit. Orice fixare intempestivă, orice concentrare forțată să fie eliminată.

Aceeași tehnică se aplică și controlului mișcărilor. Bolnavul va învăța să perceapă mișcarea în totalitatea ei, căci aceasta are ca rezultat conștientizarea actului însuși. Se propun acte simple, din experiența cotidiană. Mersul, respirația sînt în acest mod conștientizate. Bolnavul va simți piciorul pus pe sol, mișcarea picioarelor în mers, schimbările poziției corpului. Efectul fatigant al gîndirii va fi astfel temporar blocat, lăsînd creierului liniște și odihnă.

O altă serie de exerciții se adresează voinței. Bolnavul va aplica tehnica conștientizării la realizarea unor volițiuni, antrenîndu-se să „simtă" ideea: „vreau să mă ridic", „simt că mă ridic" etc.

Scopul acestor exerciții este realizarea de către bolnav a unor acte bine controlate pe care să se simtă pe deplin stăpîn. Deplina conștientizare a actului, caracterul net al ideii corespunzătoare actului, sentimentul că actul este voit de el însuși, activarea atenției inerte, patologice, obligația de a trăi nemijlocit prezentul, realitatea imediată, faptul că senzațiile sînt receptate fără a fi deformate de idei care le-ar precede, canalizarea travaliului cerebral spre un obiectiv bine definit, asigură creierului o stare de odihnă, readuce calmul. Creierul are „senzația actului controlat". Interiorizarea patologică face loc exteriorizării conștiente.

În cea de-a doua etapă a programului educațional-terapeutic VITTOZ urmărește învățarea de către bolnav a controlului ideilor. Pe terenul pregătit prin conștientizare și trăire nemijlocită a experienței imediate se poate construi o nouă modalitate de concentrare conștientă, controlată, supusă voinței care va înlocui concentrarea inertă, pasivă, receptivă la stimuli interni sau externi nefiltrați prin conștiință și care lasă calea deschisă înfrîngerilor de tot felul, obsesiilor și fobiilor.

Acum bolnavul va asculta o a doua expunere despre treptele care duc de la „starea activă" la „starea pasivă" (vis semiconștient, oboseală, vagabondaj cerebral, surescitare, confuzie, anxietate, depresie, angoasă). Îmbinarea comunicării unor cunoștințe cu exercițiul constituie o trăsătură caracteristică a metodei Vittoz. După opinia acestuia, psihastenicul întîmpină dificultăți deoarece, pe de o parte, nu-și poate înțelege starea din lipsă de cunoștințe, iar pe de altă parte, chiar posedînd această înțelegere, nu cunoaște metodele prin care și-ar putea schimba comportarea. Creșterea conștientizării oferă premisele cunoașterii, exercițiile, armele vindecării.

Reeducarea concentrării se realizează cu ajutorul unor serii de exerciții:

a) „Desenul mental" — cu alte cuvinte reprezentarea unor construcții grafice: o curbă ce trebuie urmărită, cifra opt, semnul geometric al infinitului, pendula unui metronom repetînd mental ritmul bătăii metronomului de 10—15 ori, mărind apoi numărul bătăilor reprezentate, păstrarea un timp în conștiință a senzației tactile după atingerea unui obiect;

Scanned with OKEN Scanner

b) Concentrarea pe un punct dat: reprezentarea exactă a mîinii drepte, stîngi, a piciorului drept, a celui stîng, a coatelor, a genunchilor, urechilor, diferitelor degete etc., bolnavul fiind astfel obligat să-şi fixeze atenţia şi să-şi concentreze efortul pentru reuşită;

c) Concentrarea pe anumite puncte atinse de terapeut;

d) Concentrare pe cifra 1 — scrierea şi pronunţarea mentală a cifrelor 1, 2, 3 cu o pauză de 1' în lipsa oricărei alte reprezentări, apoi se continuă pînă la cifra 7. Bolnavul va realiza mental imaginea actelor considerate: scriere, vorbire etc. Această tehnică de concentrare va fi folosită de bolnav şi în public pentru a lupta cu reprezentările patologice;

e) Concentrarea pe idee: dezvoltarea mentală a unei idei, rezolvarea unei probleme, reprezentarea acţiunii de a rezuma în scris un text, de a asculta o convorbire, o conferinţă fără a se lăsa distraţi, eliminînd instantaneu orice idee străină temei pe care şi-o reprezintă. Exerciţiul este dificil, implică numeroase încercări şi erori, rezultatul se obţine cu oarecare întîrziere. Nu se va utiliza prea frecvent şi nici nu se va întreba bolnavul dacă a reuşit pentru a nu-l descuraja. Realizarea acestui exerciţiu permite trecerea la o tematică mai precisă;

f) Concentrarea pe ideea de calm (bolnavul îşi va evoca o idee liniştitoare şi se va concentra asupra ei), de energie, de control.

Exerciţiilor de concentrare li se opun cele de deconcentrare, de eliminare. Bolnavul a fost antrenat să-şi concentreze atenţia în relaţie cu propria sa voinţă, să-şi reprezinte acţiuni şi idei, să le menţină şi să le dezvolte, dar trebuie în acelaşi timp să posede şi tehnica de a elimina elementele inutile, de a se deconcentra, asigurîndu-se astfel mobilitatea atenţiei.

Seria cuprinde următoarele exerciţii:

a) reprezentarea a 3—5 obiecte urmată de eliminarea lor succesivă, firește tot pe planul reprezentării;

b) „scrierea" mentală a 2—3 cifre urmată de „ştergerea" uneia şi păstrarea celorlalte, apoi, treptat, creşterea numărului de cifre şi ştergerea lor succesivă;

c) „scrierea" unor cuvinte şi „ştergerea" lor, literă cu literă, „scrierea" unei fraze şi „ştergerea" cuvînt cu cuvînt;

d) „deconcentrarea" de cifra 1 prin „scrierea" cu caractere din ce în ce mai mici a cifrei, pînă devine imperceptibilă.

După această perioadă de pregătire tehnică se trece la experimentul critic: concentrarea pe ideea obsesiv fobică şi „ştergerea" din conştiinţă prin procedeele învăţate.

Este necesar să precizăm că bolnavii astfel trataţi erau abordaţi în faza acută a bolii, aflîndu-se deci integral în sfera de acţiune a factorului patologic. Cunoştinţele şi exerciţiile erau aşadar opuse nemijlocit simptomelor,

Scanned with OKEN Scanner

însușirea și aplicarea lor de către bolnav avînd ca efect eliminarea sau ameliorarea diferitelor comportamente patologice ale afectivității și comportamentului.

Obiectivul capital al metodei Vittoz era însă educarea voinței, expunerile și exercițiile anterioare reprezentînd în fapt o pregătire pentru această etapă. Bolnavul primește, ca de obicei, o serie de cunoștințe introductive: nu voința îi lipsește, ci facultatea de a o utiliza, „voința de a voi". A face un efort de voință este ca și cum ai deschide robinetul unui rezervor de energie care, în curgerea sa, se va aplica la un act, o idee, un sentiment. La oamenii normali consumul de energie voițională este controlat de necesitatea momentului. La bolnavi, robinetul poate să nu curgă sau debitul să nu fie controlat.

Bolnavului i se explică, de asemenea, că pentru a realiza acte de voință este necesar să știi ce vrei, să existe posibilitatea de a înfăptui ceea ce vrei, să voiești cu sinceritate, cu adevărat. I se atrage atenția asupra confuziilor posibile: voința nu trebuie confundată cu dorința care este pasivă, cu impulsia, care este neînfrînată, cu intenția care este pseudovoință, de fapt, voință nerealizată. Dimpotrivă, voința este o formă activă și controlată de energie, singura cu adevărat liberă, o funcție cu acțiune centrală, care conferă în cel mai înalt grad stăpînirea de sine, încrederea și curajul, obligă inconștientul să se păstreze în limitele sale normale și care poate tot pentru că poate controla tot. Orice idee pasivă necontrolată devine activă; sub influența controlului, toate simptomele „dispar cînd intervine voința". În momentul în care va izbuti să-și utilizeze voința, bolnavul se va putea considera vindecat.

Expunerii îi urmează exercițiile. Subiectul se va strădui să realizeze sentimentul exact al actului voluntar. I se propun acte elementare care solicită un consum minim de energie: a voi să te ridici, a voi să mergi, a voi să îndoi un braț etc., bolnavul trăind prin intermediul acestor acte sentimentul efectuării lor sub impulsul propriei voințe. Durata exercițiilor, la început foarte scurtă, crește pe măsura reușitei de a pune simultan în acțiune voința. Crește de asemenea complexitatea actului: a scrie o literă, un cuvînt, o frază, a lua o decizie și a o realiza în timpul fixat. Bolnavul își concentrează atenția pe ideile: „vreau să încerc să pot", „pot să pot", „vreau să pot", „mă decid să pot", „vreau să mă stăpînesc", „vreau să fiu energic". Se realizează astfel ceea ce autorul denumește „reprise mentale" care încheie tratamentul funcțional.

Funcția voițională restabilită, se trece la „tratamentul psihic". Obiectul său este ideea, concepția, gîndirea, diferitele modificări pe care situația patologică le-a operat în structura și funcționalitatea psihicului (denaturarea faptelor, ideilor și sentimentelor).

În această etapă se urmărește îndeosebi a se face conștient bolnavului mecanismul apariției și dezvoltării simptomelor: ideea eronată precede simptomul și îl determină, teama de durere dă naștere durerii. Uneori bolnavul descoperă singur acest mecanism, descoperă „clișeul", cauza bolii, nejustifi-

Scanned with OKEN Scanner

cată de cauze organice obiective, de cele mai multe ori, descoperirea acestui „clișeu" a cărui „developare" duce la psihastenie necesită investigația comună a medicului și bolnavului. Cu aceasta „facultățile reactive" normale ale creierului vor crește și odată cu ele rezistența sa la dificultățile vieții, încrederea în propriile puteri, libertatea față de lucruri și situații, reeducarea putînd fi socotită ca încheiată.

Metoda Vittoz a avut momentul ei de celebritate. G. MONTAUDON (203) relatează că trenul care oprea la Verrière, localitatea unde practica psihiatrul elvețian, aducînd pacienți din multe țări europene, fusese denumit „trenul Vittoz".

Lecțiile și explicațiile imaginate de VITTOZ pot să se înfățișeze unora ca arbitrare și adeseori simpliste, desigur și datorită necesității de a le face accesibile unor pacienți cu niveluri de pregătire diferite, iar exercițiile propuse îmbracă uneori un aspect original. Abstracție făcînd de ceea ce aparține nivelului de cunoștințe și modalităților de expresie ale sfîrșitului de veac, nu este mai puțin adevărat că principiile și metodele preconizate pot fi circumscrise fără dificultate conceptelor și tehnicilor pedagogiei.

În fapt, Vittoz propune pacienților săi întoarcerea la izvorul viu al cunoașterii, intuitivizarea relației cu obiectul, sentimentul, actul, situația. Originalitatea procedeului constă în transformarea principiului intuiției din factor de orientare al educatorului în obiect de învățare al celui educat. Vittoz consideră că raționamentul poate fi însănătoșit numai prin confruntarea individului cu realitatea nemijlocită a lumii; el solicită senzația și percepția în ajutorul raționamentului și voinței.

Tot astfel, exercițiile de concentrare reprezintă un antrenament gradat al atenției, care este ajutată să-și amplifice sistematic volumul, o întărire a capacității de reprezentare care astfel se va putea opune inerției patologice a unor reprezentări neadecvate. Ea le va putea substitui astfel reprezentări mai proaspete, mai vii, construite pe trăirea nemijlocită, a percepției sub aspectul exactității și plenitudinii sale. Astfel de obiective nu sînt, firește, străine pedagogiei și VITTOZ și-ar fi putut „descoperi" procedeele, cel puțin în spiritul lor, în toate clasele de început din Franța, la orele de „leçons de choses" atît de apreciate de educatorii postpestalozzieni, care cereau elevilor lor să supună obiectele unei investigații perseverente și multilaterale.

Valorizarea excesivă a voinței, aprecierea absolută de care se bucură, locul de excepție pe care îl ocupă funcția volițională în teoria și practica metodei Vittoz nu este un fenomen circumscris exclusiv acestei metode și nici chiar psihoterapiei. La sacralizarea voinței

Scanned with OKEN Scanner

participă cu o egală fervoare pedagogia şi pedagogii. Aşa cum observă SOLLIER (138) „unul dintre caracterele dominante ale filozofiei secolului al XIX-lea ... a fost acela de a fi voluntarist, cu alte cuvinte de a căuta explicaţia ultimă a lucrurilor nu în inteligenţă, ci în voinţă ... fără ca această voinţă să fi fost în prealabil bine definită". Îndeosebi sub influenţa lui SCHOPENHAUER, dar şi a unor psihologi ca WUNDT şi JAMES, voluntarismul postulează în metafizică primatul tendinţelor iraţionale ale voinţei, fondul lucrurilor trebuind să fie conceput în analogie cu aceste tendinţe şi nu cu ideile oferite de inteligenţă, în psihologie obligativitatea conceperii tuturor proceselor psihice prin analogie cu voinţa (WUNDT, 293), în etică, superioritatea acţiunii şi sentimentului asupra gîndirii intelectuale şi reflecţiei (138). Orientarea voluntaristă reuneşte în ciuda deosebirii punctelor de vedere adepţi ai sugestiei ca LIÉBAULT şi BERNHEIM, teoreticieni şi practicieni ai autosugestiei ca P. EM. LEVY, terapeuţi educatori ca P. JANET şi R. VITTOZ, pedagogi ca JULES PAYOT, încredinţaţi fără deosebire că educarea unei voinţe autocrate capabilă să fie servită de atenţie şi să-şi dicteze ordinele gîndirii este supremul scop al educaţiei şi reeducării.

Temele întîlnite în *Educaţia raţională a voinţei* cartea medicului psihiatru P. EM. LÉVY se reîntîlnesc în *Educaţia voinţei* a lui J. PAYOT (care instituie un fel de ortopedie a voinţei pentru tinerii sănătoşi) — şi dealtfel în cele mai multe dintre cursurile şi manualele de morală ale epocii.

Această similitudine evidenţiază o modalitate inedită a transferului interrelaţional între medicină (sub aspectul psihoterapiei afecţiunilor psihice) şi pedagogie (în domeniul educaţiei morale a tinerei generaţii), interferenţă care nu s-a limitat la tematica analoagă, ci s-a extins la cadrul practicii, medicii şi pedagogii împrumutîndu-şi frecvent exemple şi concluzii teoretice pentru a-şi sprijini argumentele.

6.12. Pedagogia medicală şi ortopedia mentală

Modalităţile educaţional terapeutice la care ne-am referit mai sus reprezentau în fapt extrapolarea la cazuistica psihiatrică a unor metode şi procedee sugerate de educaţia copiilor sub diferitele ei aspecte, reluarea unor trasee ale dezvoltării ontogenetice, a unor procedee de „moralizare" sau activizare, instituirea unor regimuri medico-pedagogice în scopul restructurării funcţionale, al rezolvării unor comportamente patologice.

Scanned with OKEN Scanner

Începutul secolului al XX-lea consemnează însă şi replica acestui impact: pătrunderea medicinii în educaţie, prilejuind confruntări interdisciplinare între educaţie şi medicină.

Dealtfel, perioada la care ne referim cunoaşte o efervescenţă deosebită în sfera lărgirii conţinutului şi diversificării metodelor pedagogiei. Întîlnirea pedagogiei cu medicina în general şi în special a educaţiei cu terapia a fost înlesnită în mod apreciabil de pedologie.

Încă în ultimul deceniu al secolului trecut cînd alte ştiinţe se aflau abia în faza diferenţierii, pedagogia înregistrează o tentativă de sinteză întemeiată pe o viziune interdisciplinară care prevestea mişcarea ştiinţei contemporane. În anul 1896 apare lucrarea lui OSCAR CHRISMAN, *Paidologie, Entwurf zur einer Wissenschaft des Kindes*, care inaugurează o orientare cu certe ecouri în pedagogia contemporană. (38)

Critica pedologiei, construcţie cu intenţii enciclopedice, dar întemeiată pe un raţionament eronat — a fost făcută şi nu intenţionăm să o reluăm aici. Este însă necesar să evidenţiem contribuţia pe care a adus-o educaţiei terapeutice intersectarea educaţiei cu terapia preconizată de orientarea pedologică în contextul vastului demers interdisciplinar pe care l-a propus ştiinţei educaţiei. Aceste relaţii sînt explicit consemnate în presa pedagogică a vremii: revista „Die Kindefehler" se intitulează „Zeitschfrift fur paedagogische Pathologie und Therapie" şi promovează teza necesităţii de a studia stările morbide atît pentru propria lor însemnătate, cît şi pentru lumina pe care o aruncă asupra stării normale: în Germania apare lunar „Medizinisch-pädagogik".

În cunoscuta sa lucrare *Introducere în pedologie şi pedagogie experimentală*, V. GHIDIONESCU (109) includea pedagogia patologică în grupa pedagogiei experimentale şi o considera ca pe o „aplicaţiune la problemele de educaţiune a patologiei şi psihopatologiei infantile", subordonîndu-i „o didactică specială psihopatologică". Ea serveşte „la punerea bazelor de educaţiune şi de instrucţiune a copiilor atinşi de diferite diformităţi şi lacune organice ca surdomuţi, orbi etc. sau de diformităţi intelectuale ca la înapoiaţii şi întîrziaţii mintali" şi este „un complement de cel mai mare folos pentru pedagogia aşa-zis normală". Aşadar pentru pedagogul român, pedagogia patologică se confundă cu defectologia.

Pedagogia utilizează în fapt experienţa obţinută în contextul educării copiilor cu deficite senzoriale sau mintale atunci cînd această educaţie se efectua în spitale, aziluri, ospicii şi alte instituţii medicale îmbrăcînd aspectul unui „tratament". Educaţia anormalilor intrînd însă din ce în ce mai mult în sfera de acţiune a

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

școlii, metodele utilizate cu bune rezultate de medicii-educatori intră în patrimoniul didacticii și metodicii speciale prilejuind și interferența medicinii (cu orientarea sa terapeutică) și pedagogiei (cu acțiunea sa educațională).

Meditînd îndelung asupra ideilor teoretice și aplicative ale lui ITARD și SÉGUIN și îndeosebi asupra realizărilor celui din urmă, MARIA MONTESSORI va pleda pentru o „pedagogie medicală", predînd în anul 1900 la „Școala normală ortofrenică" din Roma, astfel de cursuri. În concepția sa, pedagogia medicală implică măsuri de igienă menite să asigure o bună funcționare a organismului: o educație medicală urmate de: educația musculară, educația motorie, educația privirii, exerciții de imitație, educația simțurilor, instrucția intelectuală cu metode speciale. Se reiau o mare parte din metodele și procedeele lui ITARD și SÉGUIN la care se adaugă unele variante (195). După cum se știe, MARIA MONTESSORI a utilizat experiența sa de oligofrenopedagog în constituirea unui sistem de educație pentru copii normali.

În aceeași perioadă se dezvoltă varianta germană a pedagogiei medicale, „Heilpädagogik" (HELLER, 1907), definită de ASPERGER (17) ca „știința care, clădind pe cunoașterea bazelor biologice ale personalității anormale a copilului, caută căi, îndeosebi pedagogice, în tratarea defectelor intelectuale și senzoriale, a tulburărilor nervoase și sufletești din viața copilului și tînărului". Un autor (WANKE, 1905) își pune problema raporturilor dintre psihiatrie și pedagogie, făcînd referiri la serviciile pe care „psihagogul" le-ar putea aduce educării „naturilor nervoase", incomplete. În S.U.A., doctorul HEALY înființează clinicile sale psihologice orientate spre problematica medico-pedagogică a delincvenței infantile.

Colaborarea pedagogiei cu medicina apare ca o realitate indiscutabilă a începutului de secol. De la tribuna celui de-al III-lea Congres internațional al educației în familie, doctorul A. LEY (258), unul dintre animatorii pedagogiei experimentale proclamă: „colaborarea pedagogului cu medicul, greu de realizat odinioară, devine acum mai ușoară și mai bine înțeleasă. Tinerii institutori se pregătesc pentru studiul științific al copilului ... în școlile normale se depune un efort serios în ultimul timp. Universitățile par mai lente în organizarea cursurilor medico-pedagogice și a celor de igienă a educației destinate viitorilor medici, totuși ici și colo se creează cursuri libere ... medicii și institutorii găsesc în societățile de pedologie și pedotehnie o școală de educație mutuală cu roade excelente, se întîlnesc, colaborează, învață să se cunoască și în ciuda unor ciocniri inevitabile se poate spune că din această activitate comună a ieșit cel mai mare bine". Pedagogul german consideră că

Scanned with OKEN Scanner

această colaborare trebuie să se orienteze spre clasarea documentelor pedagogice, psihologice și medicale constînd în verificarea și sistematizarea materialului ca și în discutarea felului în care „pedagogia și medicina se luminează reciproc" pentru a realiza cunoașterea copilului ca bază a unei pedagogii raționale.

În același sens F. W. FORSTER (99) consemna însemnătatea igienică și terapeutică a influenței morale pusă în valoare de psihoterapie, observînd că ea prilejuiește medicilor și pedagogilor o colaborare care „aduce în mod foarte fericit ca ajutor patologiei pedagogice, o terapeutică pedagogică. Patologia pedagogică ar avea ca scop a-i face atenți pe educatori asupra „cauzelor patologice ale unor defecte sau monstruozități infantile", piedici ce nu trebuie socotite ca fatale și de neînlăturat. Terapeutica pedagogică urmărește tocmai lupta cu aceste defecte: „educatorul se va strădui să activeze toate forțele și tendințele sănătoase existente încă în organismul bolnav al copilului pentru a anula tulburările patologice". El va stimula voința, va întări caracterul, va mobiliza împotriva suferințelor fizice și nervoase toate forțele spiritului. FORSTER consideră că școala, mai ales în cazul adolescenților, are sarcini de „pedagogie terapeutică".

Deosebit de semnificativă din punctul de vedere al influenței pe care demersul terapeutic îl exercită în această perioadă asupra viziunii educaționale este „ortopedia mentală". A. BINET (37) care împreună cu BELOT a imaginat exerciții de ortopedie mentală creînd și termenul, consideră că „așa cum ortopedia fizică îndreaptă o coloană vertebrală deviată, ortopedia mentală va îndrepta, cultiva și fortifica atenția, percepția, judecata, voința". Se propun copiilor exerciții de imobilitate (exercițiul statuilor), de dinamometrie, de rapiditate motorie (tapping), de abilitate motorie, care sub forma unor jocuri, urmăresc, în afara ortografiei și calculului, educarea funcțiilor psihice. Autorii elaborează „un plan general de ortopedie mentală care îmbrățișează toate facultățile spiritului". Elevii vor învăța să perceapă cît mai repede un număr mare de obiecte, să-și dezvolte spiritul de observație, memoria. Într-o clasă de copii anormali, elevii ajung să perceapă în cinci secunde, nouă obiecte și ulterior să le scrie numele. BINET consideră că un astfel de antrenament poate fi în egală măsură util tuturor copiilor mai ales datorită caracterului său de joc.

Se preconizează, așadar, o dezvoltare a eficienței funcțiilor psihice prin intermediul unor exerciții imaginate în afara conținutului obișnuit al învățămîntului, procedîndu-se printr-un demers gradat ca în terapiile educaționale la care ne-am referit mai sus. În fapt,

exercițiile pentru dezvoltarea atenției par inspirate de VITTOZ sau de terapeuții lui „New thought".

Așa cum observă BINET, conceptul de ortopedie mintală a avut succes și a fost unanim adoptat. J. J. VAN BIERVLIET, profesor de psihologie experimentală la Universitatea din Gand, propune o educație a memoriei și o educație a atenției (1904—1905), în fapt mici tratate de ortopedie mintală.

Folosindu-se stimuli auditivi și vizuali, se propun elevilor serii de exerciții gradate, jocuri, activități practice sau de laborator care stimulează concentrarea atenției, capacitatea de retenție mnezică. Uneori aceste exerciții ca și scopurile pe care le urmăresc (de exemplu dezvoltarea atenției periferice, senzitive, vizuale, în profunzime) au un caracter artificial, livresc. Lucrările lui VAN BIERVLIET aduc totuși cel puțin o contribuție importantă: ideea că testele psihologice pot fi utilizate nu numai ca metode de investigare, ci și de educare. În acest sens testul de baraj devine în accepția psihologului din Gand o metodă de ortopedie a atenției. Se cere elevilor să numere cu ochii închiși într-un text citit de profesor, de cîte ori apar sunetele a și r, și astfel se va realiza ortopedia atenției auditive; li se propune să bareze în același timp literele a, t, e în cel mai scurt timp posibil spre a se realiza ortopedia atenției vizuale etc. Autorul urmărește o educare a diferitelor modalități prosexice, construind pentru fiecare exerciții adecvate.

Ortopedia mintală, așa cum au imaginat-o BINET și contemporanii săi, se constituia ca o metodologie a educației funcțiilor psihice în școală. Caracterul ei relativ artificial nu a favorizat integrarea modalităților pe care le propune tehnicii educaționale curente, deși educarea proceselor psihice constituie un obiectiv al fiecărui educator. Procedeele ortopedice, modernizate și simplificate în lumina unor concepte psihologice și-au găsit însă locul în terapia bolilor neuropsihice, a reeducării funcțiilor psihice deficitare. În acest cadru proba psihologică se dovedește și un procedeu adecvat de antrenament psihic.

O modalitate ortopedică deosebit de productivă și care în această perioadă înregistrează importante succese este logopedia, știința și arta reeducării vorbirii. Ne referim nu numai la tulburările de articulație și ritm, ci și la cele centrale (afazii). Actul logopedic apare ca un demers terapeutic explicit, autentic educațional. Procedeele utilizate concură la reînvățarea metodică a vorbirii. KUSSMAUL (1862) consideră că, după rezolvarea procesului patologic determinant al afaziei, se poate trece la reeducare: sesizarea vizuală a coordonării motorii în sunete și cuvinte, rememorarea cuvintelor, exerciții metodice de pronunțare a sunetelor, silabelor, cuvintelor și fra-

Scanned with OKEN Scanner

zelor. KUSSMAUL, TROUSSEAU, BROCA, RAMSKILL, obțin rezultate semnificative în reeducarea unor afazici.

Terapia educațională a afaziei se integrează neurologiei. Logopedia este solicitată de psihiatru în terapia logonevrozelor sau a unor tulburări de lexie, grafie și limbaj în cadrul neuropsihiatriei infantile. Terapia educațională a logonevrozelor înregistrează în a doua jumătate a secolului al XIX-lea o dezvoltare deosebită, dar și în deceniile anterioare se produc succese deosebite. Se delimitează structurile nozologice constituite în cadrul tulburărilor de ritm: balbismul, gîngăveala, aftongia (blocaj al vorbirii prin crampe ale hipoglotei). Numeroși autori (SOHULTHESS, 1830, SERRE D'ALAIS, 1829, COLOMBAT, 1834 și 1843, CORMACK, 1828, POETT, 1842, MERKEL, 1844 și 1863, VIOLETTE, 1862, CHERVIN, 1867 etc.) studiază simptomatologia și elaborează metodologii terapeutice. Sintetizînd aceste contribuții, KUSSMAUL consideră că tratamentul specific al balbismului este „gimnastic și didactic". Tratamentul gimnastic va utiliza metodele gimnasticii suedeze, hidroterapie, electroterapie și regim alimentar, urmărindu-se îndeosebi fortificarea respirației și mușchilor pectorali. Tratamentul didactic va căuta („printr-o metodă pedagogică", precizează KUSSMAUL) să restabilească coordonarea funcțională a respirației, fonației și articulației (COLOMBAT, SERRE D'ALAIS, CORMACK).

Precedat uneori de o perioadă de tăcere completă (KATENKAMP, WINEKEN), tratamentul didactic începe cu mișcări de respirație. Se continuă cu gimnastica vocii, exerciții de cuplare a consoanelor și vocalelor, exerciții ritmice.

Se utiliza așadar o tehnică analitică, influențată de procedeele surdopedagogiei, astăzi depășită. Totuși, unele procedee imaginate de logopezii perioadei considerate se mai folosesc și în logopedia contemporană.

Astfel, dacă avem în vedere și psihoterapiile psihanalitice, care apar la începutul secolului al XX-lea, dar se prezintă ca sinteze constituite în perioada următoare, pînă la începutul primului război mondial terapia psihiatrică a formulat și aplicat majoritatea tehnicilor educaționale care, în etapele următoare, vor contribui la justificarea unei pedagogii terapeutice distincte.

În acest context, relația interdisciplinară între medicină și pedagogie cunoaște o reciprocitate semnificativă, între terapie și educație se stabilesc linii de comunicare din ce în ce mai adecvate la viziunea și sarcinile specifice ale fiecăreia. Medicii ca și pedagogii recunosc fără ezitare folosul comun al acestei colaborări.

Scanned with OKEN Scanner

6.13. Contribuţii teoretice şi sistematice la fundamentarea terapiilor educaţionale în psihiatria interbelică

La începutul deceniului al treilea valoarea terapeutică a actului educaţional este consemnată în mod firesc în tratatele de specialitate şi citată ca atare în clasificările metodologice. Ideea că medicul psihiatru este şi un educator în mai mare măsură decît colegii săi de alte specialităţi, că în structurile patologice circumscrise competenţei sale deficitele originare şi dezintegrările de natură educaţională prezintă o pondere mai mare decît în alte afecţiuni îşi cucereşte definitiv dreptul de cetate în conştiinţa specialiştilor. Succesul unor psihoterapii de orientare psihanalitică interesate de aspectele educaţionale, progresele neuropsihiatriei infantile, dezvoltarea terapiei ocupaţionale au contribuit într-o măsură importantă la consolidarea acestor convingeri.

Perioada interbelică apare astăzi istoricului educaţiei terapeutice ca o etapă de aprofundare a achiziţiilor etapei precedente, de fixare a tehnicilor operaţionale şi îndeosebi de extindere a ideilor la nivelul organizării instituţiei spitaliceşti.

În afara psihanalizei, numai parţial integrabilă conceptului de terapie educaţională, ideile, care au audienţă în cercurile de specialitate, îşi află originea în perioadele anterioare. Apar, însă, unele dezvoltări şi sistematizări deosebit de utile ca şi germenii unor noi direcţii de orientare, care conferă acestei perioade de tranziţie o configuraţie particulară.

Personalităţi de excepţie ale psihiatriei nu se limitează la confirmarea utilităţii unor modalităţi ale terapiei educaţionale, ci se preocupă şi de fundamentarea lor teoretică. Se dă o deosebită extindere ergoterapiei şi mai ales i se precizează fără echivoc esenţa educaţională. Se încearcă definirea structurilor organizatorice în care să se desfăşoare terapiile ocupaţionale. Se discută semnificaţia socială a terapiei educaţionale şi însemnătatea grupului în realizarea restructurării bolnavilor psihici, subliniindu-se valoarea terapeutică a cadrului colectiv. Se cercetează factorii educaţionali implicaţi în terapiile psihanalitice. În sfîrşit, se caută a se preciza extrapolările posibile ale educaţiei terapeutice la problematica educaţiei în şcoală şi familie, la igiena mentală, delincvenţa copiilor şi adulţilor.

Karl Jaspers. Tratatul de psihopatologie generală a lui KARL JASPERS, sursă de referinţă fundamentală, reprezentînd o sinteză teoretică a achiziţiilor psihiatriei secolului al XIX-lea şi începutul secolului al XX-lea, „lucrare care a contribuit în mare măsură la clarificarea ideilor noastre şi la capacitatea noastră de a deosebi

Scanned with OKEN Scanner

conceptele de proces și dezvoltare de relații cauzale și comprehensibile" (R. GAUP) (107), marchează, la începutul perioadei interbelice (prima ediție apare în 1913 dar autorul consideră abia ediția a II-a, apărută în 1919 ca pe o „expresie a gîndirii sale" (141)), acceptarea explicită a actului educațional ca parte componentă a terapiei psihiatrice. JASPERS consemnează termenul de pedagogie terapeutică precizînd că ea se ocupă de cei „săraci cu duhul, surdomuți și orbi", dar citează în legătură cu această modalitate terapeutică și tratamentul bolnavilor cu traume localizate ale creierului, referindu-se în acest sens la lucrările lui KURT GOLDSTEIN. În concepția autorului, pedagogia terapeutică contribuie la progresul moral al incurabililor. Bolnavilor cu boli mintale benigne li se adresează psihoterapia, „acțiunea psihică individuală asupra bolnavilor"... Sînt metode psihoterapeutice care nu fac apel la personalitatea bolnavului, sugestia și hipnoza, sînt altele care solicită personalitatea pacientului: bolnavul este „instruit" de către medic asupra faptelor legate de boala sa ajutîndu-l să înțeleagă fazele bolii sale, să se elibereze de falsele anxietăți, să pătrundă cauzele extraconștiente ale fenomenelor care îl tulbură. La această instrucție („simplă comunicare de știință psihopatologică") se poate adăuga „efortul de a-l ajuta pe bolnav să devină transparent lui însuși". În afara efectului favorabil produs de rechemarea în conștiință a unor amintiri „dezagregate", este util îndeosebi să-i arătăm bolnavului „iluziile, prejudecățile, atitudinile sale care nu sînt clare în conștiința sa fără a fi fost părăsite în extraconștient". Instrucția inițială este urmată de educație. „Cu cît bolnavul vine la medic cu dorința de a se supune sfaturilor sale și de a se lăsa condus de el — scrie JASPERS, cu atît mai mult raporturile cu el pot lua caracterul unei *educații*" (subl. lui K.J.). Modalitățile de care dispune medicul pentru a realiza această educație sînt variate. Se pot prescrie bolnavului reguli complete de conduită în viață, exerciții speciale, i se poate face educația în sensul formării unor „dispoziții morale sănătoase". Uneori se face apel la voință, se cer eforturi sau renunțarea la o falsă stăpînire de sine, i se arată căile unei acțiuni indirecte a voinței prin autosugestie. Educatorul terapeut va determina în fiecare caz în parte, măsura în care poate interveni voința sau trebuie să se utilizeze sugestia.

Dacă, postulînd funcționalitatea voinței ca „problema cea mai importantă a unei psihoterapii conștiente", autorul subscrie la tezele voluntariste ale etapei precedente, sub un alt aspect el se manifestă ca un contemporan, influențat de cele mai moderne curente psihologice, ceea ce subliniază caracterul sintetic, integrativ și ca atare reprezentativ al tratatului său. Într-adevăr, pornind de la teza „cu-

Scanned with OKEN Scanner

noscută de multă vreme" că viața conștientă nu formează decît „stratul superficial al unui domeniu vast și profund de existență sub și extraconștientă" (corespunzătoare inconștientului freudian), JASPERS definește „educația de sine însuși" (autoeducația) și „educația psihoterapeutică" îndeosebi ca pe o influențare a vieții psihice subconștiente, imperceptibile, pentru a-i dirija efectele, a le elibera sau a le inhiba prin intermediul autoanalizei și în raport cu anumite țeluri formulate cu claritate. În unele cazuri, atunci cînd se află în fața unor fenomene de inhibiție sau a unor influențe izvorîte din principii teoretice convenționale, artificiale, terapeutul va favoriza acțiunea subconștientului, „va asculta instinctele și sentimentele, va dezvolta germenii ce somnolează în subconștient".

Alteori, dimpotrivă, el va învăța voința să se frîneze, să se refuleze, să se domine pe sine, să se sublimeze, în scopul restabilirii echilibrului între „regiunile inconștientului, vieții instinctuale" și celelalte instanțe ale persoanei. JASPERS este încredințat că individul se opune totdeauna propriului inconștient, că personalitatea luptă adeseori împotriva propriilor fundamente, condiția esențială ca influența terapeutului să fie cu adevărat limpede și „educațională" constînd tocmai în înțelegerea „la fiecare caz particular și cît mai profund cu putință" a contrastului între personalitate și propriul inconștient, a „materiei" inconștientului și a tendințelor reale ale personalității. Indivizii care solicită o astfel de terapie sînt cei al căror inconștient „este confuz, infidel și inconstant", care se află în luptă cu ei înșiși, împotriva inconștientului lor „care lasă impresia că stau pe un vulcan".

Influența ideilor psihanalitice este, firește, evidentă. Dealtfel, chiar dacă nu acceptă metoda psihanalitică în detaliu, JASPERS recunoaște că îi acceptă principiul.

Dar contribuția cea mai semnificativă a lui JASPERS la teoria și practica terapiei educaționale o constituie convingerea că, în ceea ce privește influența psihică asupra individului, cunoștințele științifice nu reprezintă decît un auxiliar, desigur prețios, dar nu mai mult, esențialul constînd în *arta personală a medicului* și în *concepția sa despre lume* (subl. de K.J.). Conduita terapeutului depinde, așadar, de filozofia sa generală, de țeluri pe care caută să le atingă instinctiv, confruntate cu presiunea pe care natura pacienților săi o exercită asupra sa. Din această situație decurge varietatea tipologică a psihoterapeuților, activitatea psihoterapeutică reflectînd mai pregnant decît oricare altă activitate terapeutică diferitele tipuri ale caracterului uman. Metoda care are succes într-o anumită epocă, în fapt caracterizează oamenii acelei epoci.

Scanned with OKEN Scanner

K. JASPERS preconizează individualizarea riguroasă a metodelor utilizate şi consideră că unele insuccese ale psihanalizei se datoresc tocmai „utilizării schematice a unor metode de influenţare psihică la toate cazurile".

Psihoterapeutul educator trebuie să unească baza ştiinţifică a scepticului „cu forţa personalităţii active şi un anumit fel de diplomaţie". El nu se va limita la instruirea bolnavului, ci va aborda şi educarea lui, luînd contact cu personalitatea pacientului şi făcînd uz de autoritate, atunci cînd socoteşte necesar. Propria sa psihologie va constitui obiectul unei meditaţii neîntrerupte.

Nu stă în intenţia noastră discutarea poziţiei filozofice a existenţialistului K. JASPERS, teoriile sale absolutizante cu privire la existenţa umană, reducţia operată de filozofia sa în avantajul „comunicării" şi „transcendenţei", teoriile sale idealist-raţionaliste asupra originii şi sensului istoriei, viziunea sa pesimistă despre viitorul umanităţii (134). Reţinem, însă, ca adevărată şi productivă observaţia în sine: orice educaţie şi, firește, educaţia terapeutică, nu este de conceput fără o concepţie despre lume pe care să se întemeieze şi pe care să o difuzeze. Dealtfel, însemnătatea pe care JASPERS o acordă comunicării între oameni conferă poziţiei sale, în ceea ce privește terapia educaţională, o semnificaţie pozitivă.

E. Kretschmer. O sistematizare comprehensivă a tehnicilor educaţional-terapeutice întreprinde E. KRETSCHMER (155), autorul cunoscutei tipologii a caracterului în relaţie cu structura corpului şi a nu mai puţin cunoscutului *Manual teoretic şi practic de psihologie medicală*. KRETSCHMER propune două modalităţi ale actului educaţional: una care-l integrează în finalul unui complex terapeutic în cadrul căruia educaţia este precedată de analiză şi sugestie şi îi acordă un loc de-sine-stătător în rîndul metodelor psihologice. Kretschmer nu substituie sugestia educaţiei, ci le conferă amîndorora ca şi analizei, calitatea de etape obligatorii ale tratamentului prin sugestie aplicat tulburărilor psihice şi nervoase, articulîndu-le într-o succesiune logică. Astfel, demersul analitic va permite „o explorare profundă şi minuţioasă a situaţiei psihice a bolnavului şi evidenţierea cauzelor stării sale, deslușirea reţelei complicate a vieţii bolnavului", „descongestionarea terenului" de toţi factorii psihogeni. Cealaltă, sugestia, ale cărei efecte nu pot fi consolidate decît printr-o educaţie energică, după o schemă ce preconizează trecerea progresivă de la manipulări uşoare la manipulări din ce în ce mai dificile, crescînd treptat şi durata efortului. Bolnavului i se cere ca la terminarea tratamentului sugestiv să îndeplinească o anumită muncă, sub conducerea unor persoane competente şi conform cu schema

Scanned with OKEN Scanner

educațională amintită, pentru a se realiza readaptarea sa imediată la munca și obligațiile sale.

Educația își găsește însă o utilizare plenară în cadrul metodelor psihagogice, denumire sub care autorul clasifică „tot ce se referă la capitolul «medicul ca educator»", cu alte cuvinte, tot ce se referă la educație, exerciții, tratamentul prin muncă". Demersul educațional se poate realiza:

a) *în condițiile unei izolări totale* (tratamentul în camera obscură), în scopul desprinderii bolnavului de mediul psihogen și asigurării unui repaos complet, metodă care, în accepția autorului, ar exercita o triplă acțiune: calmantă, prin eliminarea oricărei excitații psihice generale sau speciale (determinată de persoane sau situații patogene), sugestivă prin decorul exterior și ambianța neobișnuită, educativă și de disciplinare datorită atmosferei de plictiseală în care trăiește bolnavul și carenței psihice pe care o determină, motivație cu totul discutabilă. Autorul afirmă totuși că a obținut cu această metodă, care apare mai curînd ca o sancțiune pentru „vina" de a fi bolnav, rezultate foarte bune în isterie, ticuri, hiperkinezii psihogene. Aplicarea metodei ar necesita „o oarecare abilitate pedagogică", medicul conducîndu-l pe bolnavul, devenit docil, spre remisiune;

b) *prin persuasiune*, definită ca „metodă de educație psihică, care se sprijină esențialmente pe dialectică, pe discuție, pe demonstrație logică . . .", metoda bătrînului Socrate. Terapeutul analizează „cu căldură și spirit de convingere starea obiectivă și atitudinea subiectivă a pacientului, descompune mecanismele și raporturile lor psihofizice, pune în lumină cel mai mic detaliu". El se întemeiază pe o profundă cunoaștere a bolnavului. Metoda, sub forma unor conversații periodice, este accesibilă unor adulți inteligenți cu nevroze mai mult sau mai puțin complicate;

c) *prin exerciții metodice*, utile în variate tulburări psihogene de natură psihică sau fizică. Ele pot fi aplicate și independent de sugestie. Bolnavul va efectua de două ori pe zi, la aceleași ore, exerciții scurte dar energice, de tipul exercițiilor militare, terapeutul executînd mișcările în același timp cu bolnavul. Se face apel la inteligența și bunăvoința bolnavului, dar nu se acceptă concesii de la rigoarea exercițiilor.

În cazul unor nevroze mai grave, al psihasteniei se gradează exercițiile astfel ca bolnavul să poată învinge treptat inhibiția. În cazul unui agorafobic se prescriu exerciții de mers pe distanțe din ce în ce mai mari, cu și fără însoțitor;

d) *prin muncă*. Tratamentul prin muncă este definit de autor ca „un tratament prin exerciții dozate cu exactitate și metodă, de

Scanned with OKEN Scanner

o dificultate progresivă prin care ne propunem să determinăm la un anumit bolnav naşterea sau renaşterea deprinderii de a munci fizic sau intelectual, să-l facem capabil a îmbrăţişa o îndeletnicire independentă în raport cu aptitudinile sale sau cel puţin să-i dăm o ocupaţie utilă". Autorul preconizează grădinăria, agricultura, munca de atelier, de care schizofrenii beneficiază în mod deosebit şi ceea ce justifică o atenţie particulară, munca în uzine cu supraveghere medicală pentru isterici. Întemeiat pe rezultatele excepţionale obţinute prin aceste „impresionante experienţe" KRETSCHMER postulează necesitatea unei „transformări complete a modului nostru de a gîndi şi acţiona psihoterapic", în care „principiul pseudo-odihnei şi căutarea unor succese, numai aparente, prin aplicarea sugestiei, trebuie să facă loc principiului unei educaţii serioase prin şi pentru muncă", acest tratament trebuind să devină „baza intangibilă şi atmosfera generală a oricărei terapeutici a istericilor, schizofrenilor şi schizoizilor."

Aceeaşi rigoare metodică va prezida şi la readaptarea la munca intelectuală. Terapeutul va instaura „o disciplină psihică generală", instituind o planificare exactă şi minuţioasă a folosirii timpului zi de zi, oră de oră, de comun acord cu bolnavul, dar obligatorie şi inamovibilă după ce a fost hotărîtă („respectat cu pedantism"). Bolnavul va părăsi patul, va lucra, va mînca, se va plimba, se va culca la aceeaşi oră, la acelaşi minut. Bolnavilor descurajaţi, abulici, deprimaţi, nehotărîţi, un astfel de program le serveşte „ca un corset de susţinere", ţinînd locul impulsului voluntar. Deprinderea automatizată va fi astfel substituită necesităţii de a lua o decizie voluntară.

Gradarea exerciţiilor se va aplica lecturii, scrierii şi altor activităţi, alegîndu-se de preferinţă îndeletniciri asemănătoare ocupaţiilor obişnuite ale bolnavului spre a se pregăti astfel trecerea treptată şi fără dificultăţi spre viaţa normală.

Concepţiile lui KRETSCHMER nu sînt lipsite de o anumită rigiditate care evocă „regimul moral" al succesorilor lui PINEL. Autoritarismul terapeutului-educator kretschmerian (caracteristică părîndu-ni-se în acest sens preconizarea exerciţiilor militare ca exerciţii terapeutice) nu este cu totul străin spiritului herbartian. KRETSCHMER lărgeşte însă aria de acţiune a terapiei educaţionale limitată la nevroze prin afirmarea accesibilităţii ergoterapiei pentru unele categorii de psihotici (schizofreni).

R. de Saussure. Caracteristică pentru preocupările de sistematică ale perioadei interbelice este contribuţia lui R. DE SAUSSURE (din Geneva) (1935) care încearcă o sistematizare a normelor în psihoterapie (249).

Scanned with OKEN Scanner

Psihoterapia trecutului, afirmă autorul, îndeplinea exclusiv o sarcină negativă: lichida anumite fenomene morbide: anxietate, impulsiuni, obsesii, idei depresive, dar nu-şi propunea sarcini pozitive. Silindu-se să refacă energia bolnavului, să-i redea încrederea în sine, psihoterapeutul nu-şi propunea o reconstrucţie „din interior" a personalităţii. Sarcina asumării misiunii pozitive de a forma caractere cît mai normale cu putinţă revine psihoterapiei de azi. Dispariţia simptomelor nu reprezintă în ea însăşi vindecarea; este necesar să se atace caracterul care îngăduie ecloziunea unor astfel de simptome.

Pentru a realiza acest obiectiv de certă esenţă educaţională, psihoterapeutului îi este necesar un model etic al comportamentului, sistem de referinţă în raport cu care va întreprinde acţiunea de reconstrucţie a personalităţii. Autorul dă acestui model structura unui complex de „norme ale caracterului". În accepţia sa, caracterul este ansamblul tentativelor pe care le face individul pentru a-şi adapta trebuinţele interioare (fiziologice, psihologice) la realitatea exterioară (lumea fizică şi socială), astfel că instituirea unei ştiinţe a normelor de conduită va decurge din cunoaşterea obstacolelor ce stau în calea „adaptării fiinţei noastre psihice la mediul ambiant" şi din găsirea unor principii simple care să ne îngăduie să evităm aceste obstacole.

Din faptul că adaptarea trebuinţelor noastre la lumea exterioară poate fi împiedicată de trei feluri de obstacole: conflicte interioare, conflicte cu lumea socială, conflicte cu lumea exterioară, decurg următoarele principii fundamentale ale caracterului şi implicit ale reconstrucţiei personalităţii bolnavului.

1. A adapta într-un mod cît mai perfect cu putinţă trebuinţele noastre interioare la realitatea exterioară. În viziunea autorului acesta este un principiu general care poate servi drept obiectiv psihoterapiei, educaţiei, igienei mintale individuale.

2. A dispune de o cunoaştere cît mai desăvîrşită de sine însuşi pentru a-şi cunoaşte trebuinţele, posibilităţile şi piedicile interioare ce survin în calea propriei dezvoltări. Acest „principiu al lui Socrate" ne ajută să evităm conflictele interioare.

3. A tinde spre alegerea liber consimţită de întreaga personalitate a fiecăruia dintre actele acestei personalităţi. Este principiul autonomiei morale definit de PIAGET, a cărui respectare ne pune la adăpost de „restricţiile supraeului" şi de constrîngerile sociale exterioare.

4. A trăi plenar exteriorizînd integral toate impresiile pe care le resimţim. Este principiul nonrefulării pe care aplicîndu-l anulăm inhibiţiile, factori de restrîngere a vieţii, cauze ale lipsei de adaptare.

Scanned with OKEN Scanner

5. A tinde constant spre cea mai completă înflorire a personalității, cu alte cuvinte spre dezvoltarea armonioasă a tuturor posibilităților ființei noastre. Este principiul armonizării, care postulează proporționarea satisfacerii diferitelor trebuințe. Personalitatea, ca și lumea socială, sînt organisme complicate cu o structură organică și asamblajul diferitelor piese trebuie realizat cu grijă.

6. A fi capabil de a desfășura prin propriile puteri inițiativa necesară transformării lumii exterioare astfel încît ea să devină mai aptă a ne satisface trebuințele. Este principiul independenței și invenției a cărui aplicare condiționează: autonomia față de ceilalți, curajul propriilor exigențe și inventarea unor noi soluții de adaptare.

7. În cazul că realitatea exterioară nu poate fi transformată sau în orice caz, nu imediat, organizarea lumii interioare se impune pentru evitarea oricărei obsesii. Este principiul compensației.

8. A tinde ca propriul comportament să devină din ce în ce mai obiectiv, cu alte cuvinte, a avea o apreciere din ce în ce mai exactă a realității exterioare (cunoașterea lumii și oamenilor) și a noastră înșine. Este principiul realului sau al cunoașterii care preconizează să ne comportăm cu ceilalți în raport cu scopul urmărit și nu cu starea afectivă pe care o poate trezi în noi conduita lor, care ne menține deschiși la critica semenilor noștri și oprindu-ne să o respingem din amor propriu, ne silește să ne comparăm cu ceilalți și ca atare să ne recunoaștem slăbiciunile și defectele.

Autorul se distanțează de psihoterapeuții din perioada anterioară în sensul că renunță la noțiunile de supunere, voință, energie, încredere în sine atît de frecvent solicitate în cadrul demersului educațional terapeutic, deoarece le socotește ca aparținînd unei „morale de dezadaptați", iar terapia întemeiată pe educarea în spiritul lor, o simplă activitate de compensație, un calmant tranzitoriu. El le opune normalizarea caracterului, cu alte cuvinte educarea personalității ca instrument de acțiune pornind de la bazele ei. În acest sens studiul normelor etice va spori „puterea terapeutică".

Terapeutului i se propune deci un program de educație morală, realizarea unui anume tip de comportament bazat pe o anumită etică.

Nu vom discuta principiile sub aspectul conținutului, aspectele criticabile ale orientării etice preconizate fiind evidente mai ales în ceea ce privește individualismul îngust și mentalitatea de „consumator" implicate în unele dintre „principii", insuficienta interrelație a individului cu mediul. Consemnăm îndeosebi caracterul educațional explicit al modelului propus pentru ridicarea psihoterapiei pe

Scanned with OKEN Scanner

o treaptă calitativă superioară. În consensul autorului psihoterapeutul operează cu modalităţi ce aparţin educaţiei morale, adresîndu-se caracterului considerat ca nucleu al personalităţii.

6.14. Dezvoltarea ergoterapiei şi conturarea esenţei sale educaţionale la Herman Simon din Gütersloh

O caracteristică importantă a terapiei psihiatrice în perioada interbelică o constituie însemnătatea deosebită ce se acordă ergoterapiei.

Ideea în sine are, aşa cum s-a arătat mai sus, o istorie destul de lungă care pare a începe cu Asclepios însuşi, fiind prezentă cel puţin sub aspectul dezideratului ocupaţional la mai toţi marii psihiatri. PINEL şi continuatorii săi (CHIARUGI, TUKE, REIL, IAKOBI, NEWMANN) au transformat dezideratul în practică terapeutică nemijlocită. Dar şi anterior s-au utilizat metode ergoterapeutice. „De cînd bolnavii psihici au fost utilizaţi în Scoţia, în secolul al XVIII-lea, la munci agrare, s-a vorbit mereu despre tratamentul bolnavilor mintali prin muncă" (C. SCHNEIDER), (255). Metoda, utilizată sistematic în azile şi spitale, îngăduia accesul la psihoterapie şi a altor categorii de bolnavi decît nevroticii, cuprinzînd în sfera de acţiune a terapiei educaţionale şi pe psihotici. În acest mod, marea majoritate a bolnavilor neuropsihici putea beneficia de terapia activă.

Organizarea modernă a ergoterapiei în azilurile de psihiatrie (spitalele pentru bolnavii psihici) este îndeosebi opera psihiatrului german HERMAN SIMON (*Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenstalt* — Berlin 1929, Le Gruyter ed.) care a construit la azilul din Gütersloh (Westfalia) un adevărat sistem ergoterapeutic integrat vieţii şi activităţii spitalului psihiatric. Această operă este considerată în etapa la care ne referim ca un sistem de referinţă, teoretic şi operaţional. „De la SIMON (din Gütersloh) a plecat mişcarea ce tinde a considera munca raţională şi disciplina medicală strictă drept cele mai bune mijloace de a umaniza azilurile şi de a ameliora starea bolnavilor punîndu-l pe medic în centrul unei terapeutici ce acţionează asupra bolnavilor" scrie R. GAUPP (107). BONFIGLIO (43) consideră de asemenea că „SIMON a fost primul care a proclamat explicit că sîrguinţa în muncă este cel mai bun mijloc psihoterapeutic pentru vindecarea bolilor mintale şi care a extins sistematic şi raţional această metodă la toate bolile mintale, fără excepţie. La spitalul de psihiatrie din Gütersloh el a dat un exemplu incomparabil de organizare perfectă a ergoterapiei. Psihiatrii au văzut în

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

această metodă singurul mijloc de a ieşi în fine din inactivitatea terapeutică la care erau condamnaţi şi au început cu ajutorul său o luptă activă împotriva manifestărilor morbide ale bolnavilor lor". Iar C. SCHNEIDER arată că „sub influenţa lui SIMON, au dispărut din toate clinicile bine conduse ultimele resturi de manierisme, stereotipii, urlători şi distrugători", aspect caracteristic etapei interbelice.

Or, autorul acestui sistem terapeutic fundamental îşi consideră metoda ca esenţialmente educaţională. „Tratamentul ideal al bolilor mintale, scrie H. SIMON (265) este acela care tinde să împiedice sau să repare leziunea organică cerebrală care este la baza afecţiunii. Actualmente lucrul nu este cu putinţă. Ceea ce putem şi trebuie să facem este să împiedicăm bolnavul să regreseze sub nivelul înalt de educaţie pe care l-a atins. Cînd manifestările antisociale s-au produs, trebuie să le îndepărtăm şi să le împiedicăm reapariţia. Tratamentul trebuie pe de altă parte să se silească, din punct de vedere pozitiv, să fortifice şi să dezvolte toate aptitudinile care, încă intacte la bolnav, pot fi utilizate pentru viaţa comună, în lupta pentru existenţă. În acest scop, trebuie, la azil, să utilizăm din nou aceleaşi forţe care au fost utilizate pentru educaţia copilului: antrenamentul, deprinderea, experienţa, cunoaşterea reacţiilor logice ale mediului ambiant la comportamentul bolnavului. Şi va trebui, mai ales, să eliminăm toate influenţele nocive ce pot fi grupate sub numele de reacţii ilogice ale mediului".

Iată formulat un model educaţional explicit, adaptat ca atare la obiectivele terapeutice imediate, dar păstrîndu-şi esenţa, mediată, educaţională.

Momentul iniţial îl constituie studiul aprofundat al cazului, cunoaşterea personalităţii premorbide a bolnavului cu influenţele ereditare, ale dezvoltării şi evoluţiei individuale (experienţă, educaţie, evenimente trăite, interacţiunea eului cu mediul). La psihotici apare riscul pierderii achiziţiilor educaţiei şi experienţei, al judecăţii, voinţei, stăpînirii de sine, calităţi care permit armonizarea comportamentului cu mediul înconjurător. Acţionează influenţa denudantă a psihozei: de sub vălul binefăcător ţesut în jurul eului de educaţie şi instrucţie, adaptare şi convenţii, apare „adevărata personalitate a bolnavului cu golurile şi reliefurile sale, slăbiciunile, egoismul, aspiraţiile şi pasiunile sale nerefulate, cu prostia, grosolănia, răutatea, toate caracterele în mod firesc foarte diferite şi asociate în mod deosebit în raport cu fiecare individ". Tocmai pentru că a pierdut „achiziţiile datorate educaţiei", bolnavul se apropie prin comportamentul său, din multe puncte de vedere, „de copilul needucat, primitiv-asocial". Coloratura pedagogică accentuată a concepţiilor

lui SIMON se datorește și convingerii sale „că multe din reacțiile regretabile, distrugătoare, observate la bolnavii psihici nu pot fi puse nemijlocit pe seama afecțiunii lor mintale", ci „reprezintă aportul personalității însăși a bolnavului".

Primul principiu al sistemului lui SIMON îl constituie critica dogmei iresponsabilității totale a bolnavului psihic. Autorul nu pune în discuție iresponsabilitatea juridică, ci acea iresponsabilitate ce i se acceptă în comportamentul cotidian și care reprezintă „cea mai mare umilință pentru concetățenii noștri, fie ei și bolnavi" deoarece, „nu numai că îi despărțim de comunitatea oamenilor civilizați, ci mai mult, ceea ce este și mai rău, le barăm calea de întoarcere către comunitatea socială". Autorul consideră, dimpotrivă, că interacțiunea individului cu mediul este de o importanță fundamentală, atît în ceea ce privește evoluția, favorabilă sau defavorabilă a tabloului clinic, cît și cel mai bun punct de plecare pentru psihoterapie. Individul și mediul se află constant într-o stare de echilibru, „un modus vivendi care nu este niciodată mort sau fix, ci mereu viu, schimbător", primul reacționînd la acțiunile mediului prin adaptare sau apărare, celălalt răspunzînd comportamentului individual cu „reacții logice", constituind factorul care „conferă educației umane un rol atît de decisiv". În concepția lui SIMON, „educația umană" este însă legată indestructibil de responsabilitatea fiecăruia în ceea ce privește faptele și gesturile sale, definită prin consecințele pe care actele oamenilor le antrenează, plăcute sau nu, izvor de bucurie sau neplăcere, servind ca punct de plecare pentru actele ulterioare. Omul învață de-a lungul întregii sale vieți din propriile sale experiențe. Or, lipsindu-i pe bolnavii mintali de exercițiul responsabilității, acordîndu-le acea „libertate a nebunilor" atît de umilitoare, îi lipsim și de temeiurile cele mai importante ale unei activități „reglate" din punct de vedere social, de dorința și de mijloacele oricărui fel de comportament „reglat".

Al doilea principiu al sistemului de la Gütersloh este influențarea educațională susținută a mediului azilar care exercită o acțiune nefastă asupra formării bolnavilor. Aceștia au tendința specifică celor mici de a imita mai ales ceea ce este rău și acest „rău" nu lipsește în mediul azilar. Or, „cîtă vreme nu este rupt cercul vicios prin care bolnavul agitat influențează mediul și mediul agitat reacționează asupra bolnavului, nu poate fi vorba de o psihoterapie utilă".

În sfîrșit, al treilea principiu al „terapeuticii active", cum își denumește SIMON sistemul este tocmai activizarea vieții în azilul psihiatric. Autorul consideră că marele defect al azilului este inactivitatea la care este redusă cea mai mare parte a bolnavilor. Or,

Scanned with OKEN Scanner

„numai puterile și capacitățile ce pot fi exersate se dezvoltă". Împotriva acestei inactivități este necesară o luptă susținută a psihiatrului.

Terapia educațională are, în concepția lui SIMON, un caracter strict individualizat. Psihiatrul va aprecia pentru fiecare caz în parte în ce constă dificultatea bolnavului de a-și menține gradul de cultură pe care îl atinsese înainte de îmbolnăvire, iar măsurile de restructurare se vor întemeia pe această apreciere.

Nu se va exagera ceea ce este morbid. SIMON postulează ca regulă fundamentală că orice psihoterapie trebuie să se adreseze nu părții morbide, ci celei rămase sănătoase în structura personalității. Mai ales ceea ce este încă sănătos la bolnav trebuie descoperit, cultivat, susținut și dezvoltat. „Orice psihoterapie — arată explicit H. SIMON —, este cu adevărat, înainte de orice, o educație (o educație curativă), cu alte cuvinte, o acțiune asupra voinței și puterii bolnavilor, avînd ca scop o mai bună adaptare a lor la evenimentele prezente și la necesitățile vieții în comun". Relativ simplă atunci cînd bolnavul de educat sau reeducat este conștient de scopul ce trebuie atins, permițînd utilizarea metodei convingerii prin cuvînt și exemplu, sarcina educațional-terapeutică devine dificilă cînd bolnavului îi lipsesc judecata și înțelegerea clară. În această situație medicul și ajutoarele sale vor compensa lipsa comprehensiunii și „își vor asuma îndrumarea spirituală a bolnavului, precum mama și-o asumă pe a copilului lipsit de experiență". Baza psihoterapiei rămîne autoritatea întemeiată pe superioritatea spirituală a celui ce o exersează, claritatea în aprecierea scopurilor, siguranță de sine, eforturile adaptate scopului.

Un rol important în reușita acțiunii educaționale îl joacă organizarea ambianței în spiritul politeții reciproce, a unor relații civilizate. Terapeutul va cîștiga încrederea bolnavilor reprezentînd pentru ei o autoritate binevoitoare, comprehensivă, dar fermă, atunci cînd regulile vieții în comun nu sînt respectate.

Atenția, răbdarea, perseverența neobosită îi apar lui SIMON ca cele mai bune arme în acțiunea permanentă de reeducare a bolnavului psihic „în mijlocul miilor de incidente și obstacole, pînă la victoria finală". Terapeutul va activa posibilitățile inconștiente ale bolnavului, substratul mecanic al oricărei deprinderi și oricărui antrenament. SIMON este încredințat că învățarea și educația nu necesită capacități mintale superioare, că ele sînt accesibile chiar și celor mai negativiști catatonici, dar că, antrenamentul și deprinderea putînd să se orienteze în sens negativ, „arta psihoterapiei constă tocmai în a le dirija pe calea cea bună". Amenințările, grosolănia, mustrările violente dispar de la azilul din Gütersloh. Sancțiunea

Scanned with OKEN Scanner

constă în izolare de scurtă durată şi băi, recompensa în lărgirea libertăţilor de care dispune bolnavul, participarea la serbări, concerte, reprezentaţii teatrale care, în cazul unui comportament antisocial, se vor restrînge.

SIMON critică sistemul „no restraint", deoarece nu trebuie să se facă concesii bolii, ci să se lupte împotriva ei. Bolnavul trebuie mai întîi eliberat de sub dominaţia neînfrîntă a instinctelor sale, de tendinţele şi deprinderile sale rele şi de atitudinile sale morbide. Abia după aceea i se va doza libertatea şi reîntoarcerea progresivă la mediul normal. Pîrghiile principale ale acestei acţiuni sînt „munca organizată şi educaţia", care-l vor menţine „la cel mai înalt grad de tensiune utilă".

Metoda aplicată la Gütersloh a dat excelente rezultate. H. SIMON a izbutit să cuprindă în cadrul ergoterapiei 98% din bolnavii săi (BONFIGLIO) (43). Totuşi ea n-a fost lipsită de critici. BONFIGLIO, dealtfel un admirator consecvent al ideilor şi operei lui SIMON, căruia îi recunoaşte meritul de a fi creat în psihiatrie un nou climat, supune metoda acestuia unei analize sistematice, relevînd caracterul discutabil al unora din principiile sale fundamentale. Astfel, considerarea bolnavului ca responsabil pentru totalitatea actelor sale din spital, ignorarea sistematică a modificărilor patologice ale psihicului bolnavului şi îndeosebi aplicarea nediferenţiată a ergoterapiei cvasitotalităţii bolnavilor fără a se ţine seama de încadrarea nozologică şi de particularităţile bolii limitează tocmai ponderea terapeutică a metodei.

BONFIGLIO considera că succesul lui SIMON se datora unor cauze particulare: depărtarea spitalului din Gütersloh de marile centre urbane, izolarea sa totală de restul lumii, numărul mare al schizofrenilor, deosebit de adaptabili la ergoterapie, numărul mic al psihopaţilor, maniaco-depresivilor, paraliticilor generali pe care autorul italian îi consideră mai puţin adaptabili la această terapie. BONFIGLIO afirmă că metodele lui SIMON nu pot fi aplicate cu uşurinţă în marile spitale, că există cazuri în care psihoterapia este inadecvată sau superfluă. Un anumit schematism rigid ar fi propriu metodei lui SIMON.

Deşi consideră ergoterapia ca pe un tratament simptomatic şi nu cauzal, neputîndu-se spera obţinerea vindecării totale a bolnavului prin această metodă, BONFIGLIO, pe baza experienţei sale la spitalul Santa Maria della Pieta din Roma, recunoaşte terapiei active o deosebită însemnătate.

El o defineşte ca pe o formă de psihoterapie cu un spectru de acţiune larg şi complex asupra stării psihice a bolnavului: menţine în activitate facultăţile psihice sănătoase cu o existenţă latentă

Scanned with OKEN Scanner

la totalitatea bolnavilor mintali și dezvoltă energia acestora; fixînd atenția bolnavului asupra obiectivelor muncii sale îl sustrage fenomenelor morbide ce-l asaltează; activitatea motorie regulată și ordonată la care îl obligă pune de asemenea ordine în domeniul psihic și îl obișnuiește pe bolnav cu disciplina; contactul social cu ceilalți bolnavi care lucrează sporește sociabilitatea bolnavului, dîndu-i acestuia un obiectiv și o ocupație practică în viața cotidiană, „îl menține în contact permanent cu realitatea, menține viu în el sentimentul demnității personale, stimulează amorul propriu și emulația, suscită sentimentul satisfacției personale datorită perceperii de către bolnav a capacității sale de producție, dezvoltă voința, interesul, reacțiile afective, inițiativa și trezește la alienat sentimentul propriei responsabilități". Așadar, criticul lui SIMON se reîntoarce în fapt la doctrina psihiatrului de la Gütersloh.

Tentativa autorului italian de a restrînge acțiunea ergoterapiei este infirmată de alți autori. BERINGER (32) consideră că, oricare ar fi diagnosticul, bolnavul este foarte sensibil la eforturile ce se fac pentru el. Autorul arată că, departe de a-și limita eficiența la schizofreni, efectul terapeuticii prin muncă constituie o adevărată eliberare pentru psihopați, alcoolici și toxicomani, care se obișnuiesc astfel să lucreze, redobîndindu-și încrederea în ei înșiși. Mai mult, autorul a utilizat cu succes în psihoterapia anumitor nevroze și a sechelarilor, după traume cranio-cerebrale, metode de ergoterapie.

Tot astfel F. DEL GRECO (114) obține rezultate satisfăcătoare în tratamentul psihopaților utilizînd activități de muncă prezentate sub formă de joc. Factorul ludic satisface „dispozițiile psihologice" ale bolnavului, factorul muncă asigură „reglările sociale externe" necesare ca factor de echilibrare, în interacțiune cu spontaneitatea jocului.

Psihiatrii s-au întrebat care sînt mecanismele de acțiune ce îngăduie unei metode educaționale să influențeze în sens terapeutic procese biologice. WAGNER consideră că mecanismele sînt îndeosebi de natură psihologică: formarea unei noi dominante care inhibă dominanta patologică. BERINGER socotește ca mecanism fundamental însăși situația de activitate care permite apropierea formelor vieții în clinică de formele vieții normale și socializarea bolnavului.

Acceptînd aserțiunea că „numeroase procedee ergoterapeutice se efectuează prin intermediul psihicului", SCHNEIDER consideră că explicațiile psihologice ale ergoterapiei omit factorii biologici eficienți și aprecierea biologică a influenței lor reale. Plecînd de la constatarea că nu toate maladiile creierului duc la tulburări psihice și că nu toate maladiile psihice sînt legate de modificări cerebrale,

Scanned with OKEN Scanner

autorul afirmă că biologia creierului nu este identică cu biologia vieţii psihice. Influenţarea modificărilor biologice ale vieţii psihice pe cale biologică trebuie să se întemeieze pe o psihologie privită din punct de vedere biologic pentru a putea depăşi sfera fiziologiei creierului sau pe cea a psihologiei pure, nebiologice. SCHNEIDER promovează o orientare biologizantă în ergoterapie, în sensul că porneşte de la particularităţile biologice ale trăirilor psihice pe care încearcă să le clarifice. El cercetează spitalul în ansamblu şi pe bolnavi individual sau în cadrul vieţii sociale generale. Spre deosebire de „psihologişti", care nu dau importanţa cuvenită simptomatologiei şi variaţiilor ei individuale, ergoterapeutul biolog va acţiona mai ales în raport cu variaţiile patologice.

Autorul subliniază importanţa biologică generală a interacţiunilor umane, cînd influenţa iritantă a unor oameni asupra altora poate avea ca urmare inapetenţă, tulburări de metabolism general sau ale sistemului circulator. Efecte biologice pozitive sau negative se pot obţine şi prin influenţa unei anumite personalităţi.

NITSCHE (din Sonnenstein) găseşte o motivare biologică a succeselor obţinute de ergoterapie în legea fiziologică generală după care lipsa de solicitare a unui organ sau a unei funcţii duce la atrofierea acestora. Şi „organul psihic" evidenţiat în „manifestările fizice şi formele de exprimare" ale vieţii psihice îşi află în solicitarea permanentă şi multilaterală a funcţiilor sale o condiţie de existenţă esenţială. În acest sens, noţiunea de muncă va fi lărgită fiind înlocuită prin cea de ocupaţie, solicitarea intereselor şi sentimentelor în toate formele de activitate organizată fiind inclusă în conceptul de *solicitare funcţională ergoterapeutică.*

În concepţia lui SCHNEIDER, eficienţa ergoterapiei îşi găseşte o motivare biologică în starea de activitate (Tätigseins) sub toate aspectele ei. Tot ce stimulează organismul bolnav silindu-l să reacţioneze, fie numai la nivelul imitaţiei şi instinctului, se integrează acestui concept. În sens biologic, muncă poate însemna „orice formă de activitate prin care se creează condiţii biologice favorabile unei solicitări sănătoase a diferitelor trăiri ale bolnavului". Se realizează astfel joncţiunea unor metode de stimulare biologice cu terapia prin muncă şi implicit interacţiunea lor. Adaptarea strictă la simptom şi la particularităţile psihologice ale deficitului psihic în cadrul diferitelor boli, ierarhizarea complexităţii sarcinilor şi a intensităţii efortului, variabilitatea demersului în funcţie de dinamica comportamentului patologic îmbracă în accepţia lui SCHNEIDER o certă semnificaţie biologică, efectele demersului educaţional putînd fi definite în termeni biologici ca modificări fiziologice şi biochimice.

Scanned with OKEN Scanner

Contribuţia adusă de psihiatria interbelică la fundamentarea unei teorii a ergoterapiei ca metodă educaţional-terapeutică nu se limitează însă la dezvoltarea premiselor formulate în etapele anterioare. În această perioadă se schiţează orientări care îşi vor găsi realizarea în fapt în perioada contemporană. Ne referim la situarea ergoterapiei în interacţiune cu alte metode de tratament: cura Sakel (insulinoterapie), metoda lui von Meduna (şocurile cu cardiazol), metoda Cerleti (electroşocul). BONFIGLIO considera că, în schizofrenie, ergoterapia aplicată după terapeutica de şoc va permite să se recupereze un anumit număr de cazuri neinfluenţate de şoc şi va grăbi readaptarea la viaţa liberă.

Avem de asemenea în vedere orientarea (deosebită de ergoterapia lui Simon, care acţionează în interiorul spitalului) ce preconizează îndepărtarea cît mai rapidă a bolnavului din spital şi readaptarea directă la viaţa din afara spitalului. KOLB (1908), unul din promotorii asistenţei extraspitaliceşti, atrage atenţia asupra influenţei nocive pe care viaţa de spital o exercită asupra bolnavilor şi caută să elimine această influenţă. Aşa cum observă BONFIGLIO metoda lui SIMON şi cea a lui KOLB se completează reciproc.

6.15. Terapeutica lui Morita

Psihiatrul T. KORA (153) înfăţişează într-un studiu pertinent metoda lui MORITA. Acest medic japonez propune, în anul 1918, o metodă de psihoterapie care integrează ergoterapia într-un regim educaţional-terapeutic destinat terapiei „nervozismului". MORITA reuneşte în cadrul acestui concept neurastenia, nevroza obsesivă şi nevroza anxioasă. „Nervozismul simplu" se caracterizează prin simptome ca: insomnie, ipohondrie, nevroză digestivă, nevroză sexuală, complex de inferioritate, iritabilitate, preocupări excesive de viitor, scăderea randamentului, dificultăţi de lectură, dificultăţi în muncă, senzaţie permanentă de oboseală, slăbiciune, vertije, crampa scriitorului, balbism, tremurături, cenostopatii, deficite mnezice, dificultăţi de gîndire şi de atenţie.

Nu discutăm aci valabilitatea regrupărilor nozologice operate de MORITA. Semnificativă ne apare însă prezenţa unui mare număr de tulburări nevrotice proprii neurasteniei şi psihasteniei, neurastenicii şi psihastenicii fiind dealtfel şi bolnavii cărora li se adresează terapeutica sa.

MORITA porneşte de la ipoteza că tulburările incriminate nu se datorează unei epuizări nervoase, ci unor deficite ale personalităţii, astfel că medicamentele şi odihna prelungită nu sînt indicate în

Scanned with OKEN Scanner

acest caz. Metodele utile vor fi dimpotrivă cele educaţionale, integrate unui regim riguros.

Pentru a domina şi în cele din urmă a suprima conflictul nevrotic, bolnavul este sfătuit să-şi accepte suferinţele ca atare, să se supună realităţii faptelor, să evite combaterea simptomelor şi să nu îngăduie afectivităţii să-i determine comportamentul. Se cere bolnavului, în ciuda prezenţei simptomelor, să adopte aceeaşi atitudine şi să depună aceeaşi activitate ca şi indivizii sănătoşi, să experimenteze adevărul că poate duce o viaţă obişnuită, că este capabil să-şi învingă dificultăţile. El este antrenat să-şi deplaseze atenţia de la propria suferinţă spre activitate şi să adopte în viaţă o atitudine realistă. În timpul desfăşurării tratamentului bolnavul ţine un „jurnal intim" utilizat de terapeut pentru cunoaşterea evoluţiei psihice a pacientului şi orientarea directivelor ce se dau acestuia.

Terapeutica lui MORITA se compune din următoarele etape obligatorii:

1. *Perioada de repaus absolut la pat* (4—7 zile), în care se interzice bolnavului orice fel de activitate, fie ea conversaţie, lectură sau scris. El este lăsat în voia preocupărilor şi suferinţelor sale, fiind liber să gîndească ceea ce doreşte. Acceptarea dificultăţilor resimţite ca aspecte firesti ale existenţei duce la scăderea tensiunii psihice. Lipsa totală de activitate are ca urmare, după 2 zile, o intensificare a suferinţei, iar după 4—5 zile, o ameliorare şi apariţia trebuinţei imperioase de stimuli externi. Bolnavul manifestă dorinţa de a lucra, atitudinea sa devine „extravertită".

2. *Perioada de adaptare* (5—10 zile). Se propun bolnavului, la începutul zilei, forme simple de activitate. Unii bolnavi, care în urma unor perioade prelungite de odihnă, au pierdut obişnuinţa efortului, se adaptează cu oarecare dificultate, dar sînt îndrumaţi în sensul acceptării dificultăţilor, ca fiind firesti. În acest scop li se explică în ce constă dinamica activităţii şi sînt ajutaţi să înţeleagă că dificultăţile întîmpinate nu constituie simptome ale bolii, ci rezultatul lipsei de exerciţiu.

3. *Perioada activităţii moderate* (5—10 zile). Bolnavul constată că în ciuda simptomelor sau a dispoziţiei afective, poate munci fără întreruperi, cu rezultate normale. În această perioadă simptomele se ameliorează simţitor.

4. *Perioada efortului susţinut* (5—10 zile). Se cere bolnavului o muncă mai dificilă şi de lungă durată asemănătoare celei prestate de oamenii sănătoşi. Această perioadă reprezintă o pregătire pentru reinserţia în ambianţă. Se dau scurte învoiri pentru a permite bolnavului ca şi în afara spitalului să muncească, să depună eforturi,

Scanned with OKEN Scanner

să ducă o viaţă normală. Terapeutul urmăreşte ca, în timpul aplicării regimului, bolnavul să înţeleagă sensul real al simptomelor sale.

MORITA se orientează în directivarea comportamentului pacienţilor după următoarele principii:

1. A înţelege natura reală, funcţională, a simptomelor şi caracterul lor psihic.

2. A accepta simptomele ca pe nişte efecte firești ale situaţiei respective.

3. A nu opune rezistenţă, a nu încerca lupta cu simptomele: bolnavul nu este pregătit pentru o astfel de luptă şi atitudinea de protest agravează boala prin efectul retroactiv al autosugestiei.

4. A-şi da seama de existenţa tendinţei de a se refugia în boală.

5. A fi permanent ocupat, în activitate. Odihna să prezinte un caracter activ, munca fizică să alterneze cu munca intelectuală.

6. Să nu se adopte ca principiu al conduitei principiul „totul sau nimic". A nu fi putut îndeplini o anumită muncă nu trebuie să ducă la suprimarea totală a activităţii. Dacă pacientul nu poate munci zece ore, să muncească numai cinci-şase ore, dar să continue activitatea.

7. Prezenţa încrederii în sine nu este obligatorie pentru a face un anumit lucru. Actele pot fi îndeplinite şi cu ezitare şi timiditate deoarece acţiunea este primordială. Încrederea în forţele proprii poate să apară şi ca un postefect al acţiunii fiind generată de reuşita experienţei proprii.

8. A înţelege că nu se poate obţine un calm spiritual absolut. Căutarea stării de linişte totală se poate transforma într-o preocupare obsesivă nocivă.

9. A-şi adapta atitudinea la realitatea externă, a nu te comporta şi a nu acţiona niciodată ca un bolnav chiar dacă starea sufletească nu este satisfăcătoare. De obicei eul se adaptează comportării normale chiar dacă la început ea nu exprimă realitatea.

10. A-şi da seama din propria experienţă de exactitatea principiului că orice emoţie necontrariată are tendinţa normală de a dispare. A aştepta ca timpul să treacă şi a avea un comportament normal reprezintă cel mai adecvat mijloc de a inhiba fluxul unei excitaţii emoţionale.

Regimul educaţional terapeutic preconizat de MORITA se orientează aşadar în sensul promovării acţiunii ca vector originar al comportamentului. Actul concret precede dispoziţia afectivă şi o determină, devine nucleul comportamentului restructurat. Terapeutul educă la bolnav modalităţile de interpretare a realităţii, dezamor-

Scanned with OKEN Scanner

sînd conflictul prin refuzul de a-i acorda un statut de excepţie, anulînd simptomele, prin integrarea lor în ordinea firească a lucrurilor, refuzînd orice luptă cu afectul pentru a evita tensiunile psihice, cu alte cuvinte, acceptînd concluzia hegeliană că „ceea ce este real este şi raţional". Trăirile cărora li se acordă însemnătate devin prin aceasta realmente importante, cînd ele au un substrat patologic, atenţia pe care le-o acordăm va duce la consecinţe de aceeaşi natură. Este esenţial să-l reeducăm astfel pe bolnav, încît el să înţeleagă că acţiunea nu implică totdeauna un acord perfect cu afectivitatea şi că este cu putinţă să muncim chiar şi atunci cînd pe plan afectiv totul se opune activităţii.

Terapeutica lui MORITA reprezintă în fapt o pedagogie a actului concret, a cărui superioritate autorul, întemeiat pe un mare număr de succese terapeutice, o proclamă fără rezerve.

6.16. Progresele logopediei în perioada interbelică

Act educaţional-terapeutic prin definiţie, recomandîndu-se ca model operaţional al oricărei terapii educaţionale, demersul logopedic participă la evoluţia terapiei educaţionale cu unele contribuţii teoretice şi practice nu lipsite de însemnătate.

Numeroase lucrări dezvoltă achiziţiile anterioare insistînd asupra unor particularităţi procedurale. Progresele patologiei limbajului permit o mai clară diferenţiere nozologică între deficitul organic localizat al vorbirii şi logonevroze: deficitul afazic se integrează sferei de acţiune a neurologicului, reeducarea deficitului se centrează, îndeosebi, pe refacerea mecanismelor bazale ale funcţiei; logonevrozele îl interesează în mod deosebit pe psihiatru, terapia lor presupune îndeosebi reeducarea personalităţii în ansamblu.

Un moment important în dezvoltarea logopediei, cu consecinţe importante pentru orientarea reeducării, îl constituie întîlnirea acestei tehnici cu achiziţiile şcolii lui I. P. PAVLOV. În lumina acestor achiziţii, tulburarea funcţională a vorbirii apare ca un rezultat al dezechilibrării balanţei excitaţie-inhibiţie şi al legilor ce reglează inducţia corticală reciprocă şi succesivă, inducţia reciprocă a cortexului şi centrilor subcorticali. Încărcătura afectivă, „efracţia afectivă" (DELMAS, TINEL) ca şi tipul de sistem nervos domină acest dezechilibru, astfel că echilibrul neurodinamicii cortexului apare ca funcţie de echilibrul său biologic. Diferiţi autori (MOLHAUT, LEVI) subliniază răsunetul factorilor afectivi asupra echilibrului biologic cerebral, modul în care ecourile afectivităţii „se materializează în intimitatea aparatului nostru de reglare somatică" (199). Disfuncţia

Scanned with OKEN Scanner

corticală a centrului motor al limbajului va fi aşadar considerată ca aflîndu-se în raport intim cu dezechilibrul său biologic, condiţionînd în acest mod antagonismul sever între procesele de excitaţie şi inhibiţie corticală şi favorizînd fie „inhibiţia centrului motor cortical prin excitaţia centrilor subcorticali alimentată de o emotivitate excesivă", fie menţinerea în cortex a unor focare de excitaţie în raport cu atenţia anxioasă care, prin inducţie reciprocă, împiedică concentrarea maximă a excitaţiei în centrul motor al limbajului. Se clarifică astfel relaţiile balbismului, ca tulburare a vorbirii funcţională şi reactivă, cu echilibrul dinamicii sinergetice a organismului condus de reglarea biologică reflexă, centrul limbajului constituind la aceşti bolnavi un „locus minor resistentiae".

Acest punct de vedere influenţează şi modalităţile educaţional-terapeutice. Se preconizează (MARINESCU, SAGER şi KREINDLER 185) o psihoterapie întemeiată pe legile neurodinamicii cerebrale: excitîndu-se centrul motor grafic se va acţiona prin inducţie asupra centrului motor vecin de articulare inhibat şi se va obţine dezinhibarea sa. Autorii citaţi au obţinut într-adevăr, deşi episodic, dezinhibări ale vorbirii atunci cînd se cerea bolnavilor să scrie, în aer sau pe masă concomitent, cuvîntul pronunţat. De asemenea, în cadrul metodelor clasice de reeducare a balbismului se elaborează tehnici de „spargere" a reflexelor condiţionate patologice şi de înlocuire a lor cu stereotipe dinamice adecvate.

Însemnătatea confruntării logopediei cu concepţiile despre activitatea nervoasă superioară constă însă mai ales în evidenţierea interrelaţiilor psihofiziologice implicate în structura balbismului, caracterul de logonevroză al acestei forme de deficit verbal.

Dintre numeroasele contribuţii consemnabile în această etapă, ne vom opri numai la cele care aparţin lui PICHON şi BOREL-MAISONNY şi lui J. FLORENSKY datorită participării cu elemente inedite la conturarea unei fizionomii proprii a logopediei din deceniul al IV-lea.

EDOUARD PICHON şi S. BOREL-MAISONNY (224), întemeiaţi pe o vastă experienţă clinică, formulează conceptul de insuficienţă linguo-speculativă, pe care îl aşază la originea balbismului. Autorii consideră că tratamentele clasice bazate pe reeducarea respiraţiei sau pe reducerea defectului de elocuţiune sînt neadecvate şi că „adevărata vindecare a balbismului nu se poate obţine decît prin reeducarea gîndirii linguistice obţinîndu-se astfel o reducere a insuficienţei linguo-speculative". Se postulează astfel o metodologie terapeutică de factură esenţialmente educaţională orientată spre restructurarea relaţiilor dintre gîndire şi limbaj.

Scanned with OKEN Scanner

Autorii disting două modalităţi ale gîndirii umane: cea „sensu-actorială“ în care „operaţiunile mentale (la figurativ) se realizează cu imaginile pe care le-au lăsat amintirile senzoriale şi eventual reprezentarea mişcărilor ce trebuie făcute“ şi modalitatea „linguo-speculativă“ în care „operativitatea mentală se realizează în cuvinte, singurul care permite abstractizarea, care are rigoarea logică şi comunicabilitatea integrală“. Cele două modalităţi nu sînt separabile în contextul gîndirii, dar în cadrul exprimării verbale ele pot prezenta un decalaj. Pentru a vorbi normal este necesar ca gîndirea „să ţîşnească destul de repede sub formă linguo-speculativă“, ceea ce nu se întîmplă la balbici. FROESCHELE numea „maturaţie lingvistică“ operaţia prin care gîndirea ia forma limbajului vorbit şi distingea subiecţi care beneficiază de „spontaneitatea lingvistică“ (Sprachummittelbarkeit, immediatete linguistique), de alţii care nu beneficiază. Primii transformă imediat percepţiile şi imaginile senzoriale în cuvinte, ceilalţi parcă îşi traduc propria gîndire într-un limbaj ce îi este secundar. Dintre aceştia se recrutează cei atinşi de balbism. Aceşti logopaţi nu izbutesc să treacă destul de repede de la imaginea senzorială la cuvînt, prima încarcă spiritul, îl îngustează şi parcă înlătură cuvîntul în loc să-l solicite.

Poziţiile lui PICHON şi BOREL-MAISONNY justifică unele observaţii critice. Trauma psihică, proprie conflictului nevrotic şi atît de frecvent identificată în practică, pare a nu-şi găsi justificare într-o concepţie etiopatogenetică a balbismului care acordă rolul principal unei insuficienţe structurale a relaţiei gîndire-limbaj şi nu afectivităţii, punînd în discuţie considerarea acestei logopatii ca logonevroză.

Totuşi, ponderea ce se atribuie mecanismelor operaţional-logice sugerează direcţii noi de orientare a terapiilor logopedice, pe care autorii nu întîrzie a le defini, limitîndu-le însă eficacitatea la copii între 3 şi 7 ani.

Fără a renunţa la metodele fonetice clasice sau la psihoterapie, PICHON şi BOREL-MAISONNY consideră că cea mai preţioasă este metoda educării gîndirii linguo-speculative: numeroase exerciţii adecvate îl vor învăţa pe copilul logopat „să-şi îmbogăţească claviatura expresivă cu automatisme lingvistice şi modalităţi idiomatice din ce în ce mai variate şi subtile mergînd de la foarte simplu, concret şi abstract, la ceea ce este complex şi concret, apoi complex şi abstract şi mai ales îmbogăţindu-i achiziţia taxiematică totdeauna inferioară materialului său de semanteme (sémiemes)“.

În Concepţia logopedei sovietice J. FLORENSKY (96, 97) balbismul apare pe fondul unei insuficienţe a personalităţii ca tulburare a mecanismelor de elaborare a vorbirii avînd drept consecinţă

Scanned with OKEN Scanner

fenomene de disociaţie verbală. Un rol important în constituirea acestui sindrom se atribuie modalităţilor de adaptare a personalităţii la aceste tulburări complexe. Autoarea consideră că metoda psihologică (LIEBMANN) a făcut o adevărată breşă în tratamentul balbismului avînd drept consecinţă schimbarea centrului de gravitate al bolii din domeniul biologic exterior influenţei bolnavului în cel psihologic strîns legat de personalitatea bolnavului şi supus pînă la un punct influenţei sale. Psihoterapia nu este însă suficientă pentru reeducarea deprinderilor patologice fixate printr-o îndelungă utilizare trebuind să i se adauge ortopedia verbală. Orientarea eclectică este dealtfel caracteristică logopediei din deceniul al IV-lea.

Contribuţia cea mai importantă a autoarei constă însă în elaborarea unei metode psihologice colective de tratament a logonevrozelor, în cadrul serviciilor logopedice din U.R.S.S. Spre deosebire de şcoala didactică a perioadei anterioare care se limita la aspectele articulatorii cărora le opunea o ortopedie gimnastică, FLORENSKY consideră logonevrozele, şi îndeosebi balbismul, ca pe un sindrom provocat de cauze exterioare, care se grefează pe întreaga personalitate psihofiziologică a subiectului avînd o bază, pe de o parte, ereditară şi constituţională, pe de alta, exogenă. Noua ortopedie a vorbirii va considera vorbirea ca pe o funcţie complexă acordînd un rol important „psihoortopediei", căreia i se atribuie „o sarcină în acelaşi timp educaţională şi psihoterapeutică".

Bolnavii erau organizaţi în colective care devin prin ele însele un „agent terapeutic". Ortopedia logopedică utilizată de autoare cuprindea o serie de exerciţii orale sistematizate şi gradate în raport cu dificultatea psihologică şi complexitatea socială. Întregul tratament avea un caracter colectiv. Vorbirea era abordată sub aspectul totalităţii în raport cu funcţia sa socială, terapeutul nu se ocupa separat de elementele sau de funcţiile subordonate: respiraţia, articulaţia sau fonaţia.

Primele două săptămîni, cele mai importante, erau afectate constituirii unui grup terapeutic dinamic astfel organizat încît să joace un rol terapeutic pentru fiecare dintre membrii săi, activizîndu-le personalitatea şi conferindu-le încrederea în ei înşişi cu ajutorul grupului. Primele 3—4 zile, se prescria repaos vocal total cu excepţia orelor de studiu la clinică. Paralel cu activitatea psihoterapeutică de constituire a grupului se aplica vorbirii procedee tehnice urmărind pe de o parte controlul ritmului, iar pe de altă parte procedînd la analiza colectivă a vorbirii din punctul de vedere al tulburărilor sale motorii şi intelectuale. Bolnavii erau ajutaţi să înţeleagă „diferitele mecanisme de mascare a bolii, diferite forme de mişcări suplimentare, înlocuirea cuvintelor dificile prin alte cuvinte

Scanned with OKEN Scanner

sau prin propoziţii întregi, lipsa continuităţii, utilizarea unor mecanisme suplimentare prin intermediul intercalării de cuvinte, silabe sau propoziţiuni".

Exerciţiile propriu-zise cuprindeau serii de fraze scurte repetate după profesor (ecolalie), lectură colectivă, scurte dialoguri, întrebări şi răspunsuri pe care bolnavii şi le adresează unii altora sub supravegherea logopedului, materialul utilizat inspirîndu-se din viaţa bolnavilor înşişi. După prima săptămînă de lucru, bolnavul povestea în public istoria vieţii sale. Ulterior el va învăţa să expună povestiri alcătuite pe baza unui plan anterior sau pornind de la o imagine pînă cînd se ajunge la suprimarea oricărui sprijin extern.

Bolnavii primeau de asemenea teme de pregătit acasă: să numere încet şi cu un anumit ritm de la 1 la 50 şi invers, să citească şi să recite în faţa oglinzii pentru a se controla şi a evita excesul de mişcări şi să raporteze grupului asupra temelor efectuate şi stării vorbirii sale. După 15 zile, fiecare dădea un raport amănunţit în faţa adunării generale a grupelor, relatînd despre cele petrecute în perioada trecută şi despre starea vorbirii sale înainte şi după tratament. Colegii şi logopezii îşi spuneau punctul de vedere asupra celor expuse subliniind slăbiciunile raportorului şi modalităţile de a le îndrepta. Reuşita raportului asigura bolnavului primirea în grupul general. Logopezii ţineau prelegeri psihoterapeutice asupra principalelor probleme ale balbismului, asupra activităţii personale, a necesităţii de a participa la viaţa socială, a pericolului ruperii legăturilor sociale, al refulării în sine, asupra analizei fobiilor şi a luptei împotriva fricii şi lipsei de încredere în sine. În afara orelor de studiu, se preconiza efectuarea unor sarcini ce implică vorbirea, la început în grupuri de 3—4 persoane, apoi individual, conversaţii pe străzi, în magazine, birouri etc.

Logopezii erau înlocuiţi treptat de organizaţia activă a bolnavilor. Lecţiile erau înlocuite prin şedinţe conduse de bolnavi, în care se discutau subiecte de interes comun ce ofereau prilejuri de exersare a vorbirii în public. După ce izbuteau să-şi stăpînească anxietatea şi neîncrederea în propriile posibilităţi, bolnavii erau chemaţi să participe la activitatea cercurilor şi clubului clinicii, lectura colectivă a ziarelor şi editarea unei reviste destinate colegilor, participarea la excursii, spectacole realizîndu-se treptat reinserţia în societate a 60% dintre logopaţii trataţi.

Psihoterapia de grup aplicată în nevroze şi psihoze va cunoaşte o amplă dezvoltare, mai ales în perioada postbelică. Metoda lui J. FLORENSKY circumscrisă terapiei logonevrozelor prefigurează această orientare. Ea se prezintă ca o metodă esenţialmente educaţională.

Scanned with OKEN Scanner

6.17. Contribuţia psihoterapiilor de inspiraţie psihanalitică la edificarea terapiei educaţionale (Freud, Jung, Adler, A. Kronfeld şi psihagogia)

Apărută la sfîrşitul secolului trecut, dar cunoscînd plenitudinea notorietăţii după primul război mondial, psihanaliza, cu diferitele ei variante, influenţează profund teoria şi practica psihoterapeutică interbelică, conferindu-le atributele unei originalităţi care a acţionat asupra opiniei de specialitate cu violenţa unui autentic şoc, trezind şi reacţii corespunzătoare.

Discutabile şi discutate, acceptate cu o devoţiune mult prea vizibil alimentată de pasiuni partizane ca să fie ştiinţă, negate sau total anulate cu o pasiune simetrică mult prea unilaterală ca să poată fi acceptată drept concluzie necesară a unei logici ştiinţifice inextricabile, dar sugerînd prin rigoarea rechizitoriilor intensitatea unui reflex de apărare, obiect de dogmă sau de schisme, concepţiile psihanalitice n-au reprezentat mai puţin o tentativă excepţională de forare în straturile mai adînci şi prin aceasta mai obscure ale psihicului uman, care a influenţat într-o măsură importantă antropologia contemporană.

Marile erori ale psihanalizei au fost atît de frecvent şi de complet evidenţiate, încît refacerea acestor critici îndreptăţite ar putea să pară caducă. Biologismul ca modalitate prevalentă de explicare a esenţei psihicului uman, limitarea acţiunii factorului social pînă la transformarea sa într-un caz particular al funcţiei biologice, viziunea instinctualistă a dinamicii psihicului şi de aci afirmarea preponderenţei iraţionalului, pansexualismul ca primă cauză şi ultim principiu ale esenţei şi existenţei, sublimarea instinctului sexual ca izvor fundamental al practicii, teoria dezvoltării psihicului uman ca teorie a evoluţiei libidoului, tot ce implică o schematizare dogmatică a imaginii despre omul-subiect, a practicii sociale, a ethosului uman şi îndeosebi pretenţia de a construi un vast sistem filozofic pe temelia îngustă a unor fapte de psihopatologie, totul a fost, deşi poate nu totdeauna cu o perfectă obiectivitate şi bună credinţă, supus unei analize critice sistematice, constituind justificarea numeroaselor remanieri ale teoriei şi metodei. Dealtfel chiar şi marele număr de dizidenţe care s-au înscris foarte de timpuriu în biografia psihanalizei constituie un argument pentru existenţa în structura postulatelor psihanalitice a unor elemente dificil de asimilat şi de acceptat, atît de conştiinţa unanimă, cît şi de specialişti.

În fapt, FREUD nu a putut scăpa tentaţiei, atît de autentic germane, de a construi un sistem de filozofie, clădind pe temelia îngustă a unor fenomene de excepţie, o metafizică, o etică, o este-

Scanned with OKEN Scanner

În scopul realizării acestei „post educații", FREUD utilizează „analiza", metodă de interpretare a unor informații culese spontan de bolnav din propriile sale trăiri.

O astfel de metodă de investigare psihologică poate fi considerată ca o metodă educațional-terapeutică? Pentru a răspunde la această întrebare să urmărim etapele unui tratament psihanalitic.

Dialogul subiect-terapeut debutează cu o ședință organizatorică. Pacientul este lăsat să vorbească liber despre sine, să răspundă la rarele întrebări ale terapeutului. Se fixează onorariile, ritmul ședințelor etc. Apoi bolnavul este informat cu precizie asupra regulilor tehnice. Va spune tot ce-i vine în minte, fără nici o selecție, neținînd seama de spiritul critic, sau de impresia pe care cele afirmate le-ar face interlocutorului.

În această primă etapă psihoterapeutul se comportă, în aparență, ca un martor pasiv. Plasat în afara cîmpului vizual al pacientului, protejat de semiobscuritatea camerei el va evita să blocheze prin prezența sa libera exprimare a pacientului și atent la cele mai neînsemnate nuanțe ale discursului, va recolta un material care, prelucrat și sistematizat, va putea fi ulterior interpretat.

Terapeutul „va căuta factorul patogen nu în ignoranță ca atare, ci în ceea ce stă la baza acestei ignoranțe" (D. SAADA, 246), adică în refulare, fenomen elementar ce rezultă din opoziția între eu și supraeu pe de o parte, și pulsațiile „sinelui" originar pe de alta. Lipsit de putere față de „sinele" instinctual, purtător al principiului plăcerii, psihoterapeutul poate acționa asupra eului, instanță superioară de gîndire și acțiune, factor de contact conștient cu realitatea, eliberîndu-l de presiunea anxiogenă a supraeului, instanță inhibitorie și restrictivă, formată ca sinteză a tabuurilor de tot felul care au însoțit dezvoltarea și educarea pacientului încă din prima copilărie, în strînsă relație cu mediul social care l-a format. Însă analiza pur intelectuală nu poate anula acțiunea restrictivă a interdicțiilor părintești atît de profund înrădăcinate în psihicul bolnavului.

Afectivitatea fiind în fapt domeniul de acțiune al conflictului nevrotic, prin intermediul ei se va putea acționa asupra factorului patogen. Aceasta se realizează prin intermediul transferului, factor esențial al terapiei psihanalitice.

Plasticitatea inconștientului face posibilă, la nivelul acestei instanțe operarea unor analogii inaccesibile activității conștiente. Datorită acestei plasticități pacientul va fi determinat încetul cu încetul să-l asimileze pe analist cu unul dintre părinți și să se resitueze în raport cu el într-o situație infantilă, transferînd în situația ana-

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

litică toate sentimentele infantile pe care nu le-a putut depăși: dezamăgiri, agresivitate, gelozie, retrăind cu intensitate amintirile din copilărie cu emoții și dificultăți. Se realizează astfel o descărcare a potențialelor emoționale blocate încă din copilărie. Atitudinea îngăduitoare a analistului, lipsa oricărei sancțiuni, fie ele premiale sau punitive, autorizează sentimentul unei securități afective, la adăpostul căreia supraeul își slăbește presiunea restrictivă, iar eul se consolidează. Analizînd interdicțiile care împiedică libera manifestare a eului (de pildă tabuurile sexuale), bolnavul își va da seama că ele erau justificate în trecutul îndepărtat cărora de fapt le aparține și că astfel de inhibiții motivabile în copilărie nu mai sînt firești la maturitate.

Eul vechi nu se lasă însă dominat fără a opune rezistență, fenomenele de protest îmbrăcînd aspectul unor dificultăți artificiale create adeseori fără o participare conștientă: bolnavul nu mai știe ce să spună, nu mai visează, se împiedică de tot felul de obstacole, uită ora ședințelor. Analistul este însă avizat. El cunoaște mecanismele de apărare prin care eul infantil încearcă să împiedice schimbările sau dezvăluirea neplăcută a unor amintiri sau pulsiuni ale sinelui, ceea ce ar afecta echilibrul, instabil și artificial, totuși nu lipsit de valoare pentru pacient, care se constituise la adăpostul simptomelor și prin mecanismul conversiunii între „eu", „supraeu" și „sine". Pacientului i se analizează aceste mecanisme de apărare, i se arată ce ascund rezistențele, analiza putînd apoi continua pînă la apariția altor rezistențe.

Sfîrșitul analizei consfințește accesul pacientului la libertatea integrală. Dependența de analist implicată în transfer, dependența de analiză devenită o trebuință imperioasă ca factor de securizare afectivă sînt lichidate prin analiza transferului care „redus la adevăratele sale proporții este anulat odată cu celelalte reacții infantile ale pacientului". Neutralitatea consecventă a analistului, care nu va răspunde nici solicitării afecțiunii și nici dorințelor agresive ale subiectului îl va obliga pe bolnav să se sprijine pe propriul său eu, „să adreseze altora trebuințele sale afective, să suporte frustrările și să iasă din egocentrismul său". El va deveni conștient astfel de propria sa personalitate care, datorită neutralității analistului nu va fi simpla reflectare a personalității acestuia, ci se va exprima pe ea însăși. Încercărilor perseverente ale pacientului de a se identifica integral cu modelul oferit de analist, acesta le va opune o imagine a sa imprecisă, nedeterminată. Pacientul va construi această imagine conform cu dorințele sale, se va proiecta în ea ca pe un ecran și, crezînd că îl imită pe analist, își va regăsi propria imagine.

Acum, pacientul se află la sfirşitul analizei. El a făcut numeroase descoperiri, a parcurs într-o variantă prescurtată etapele dezvoltării sale, şi cunoscîndu-se în lumina acestor experienţe, se poate evalua. El poate păstra sau dezvolta în el trăsăturile care i se par valoroase, respingîndu-le pe celelalte care, ca efect al unui refuz conştient şi nu al unei refulări, nu mai prezintă o primejdie. De asemenea, este pregătit să accepte unele pulsiuni. Acum el se află în situaţia de a-şi asuma statutul de adult care va deveni propriul său statut dacă, eliberat de analist, va face singur efortul de a-şi cuceri autonomia, maturitatea afectivă. D. SAADA (246) consideră că „o psihanaliză constituie în fapt o adevărată reeducare", deoarece „pacientul reia şi completează o parte a dezvoltării sale".

Procesul de restructurare a personalităţii este însă integral subsumat teoriei libidoului. În accepţia lui FREUD nevroticul este incapabil de a se bucura datorită faptului că libidoul său nu este dirijat asupra unui obiect real, el cheltuieşte cea mai mare parte a bugetului său energetic pentru a se împotrivi asalturilor libidoului şi a-l menţine în stare de refulare — ceea ce îl împiedică să acţioneze în mod eficient. Bolnavul va putea fi aşadar considerat ca vindecat atunci cînd se va termina conflictul între eu şi libido, iar eul îşi va relua dominaţia asupra libidoului. Sarcina terapeutică ar consta, aşadar, în liberarea libidoului de sarcinile sale actuale sustrase eului şi repunerea sa în serviciul acestuia.

Operînd această reducţie a opţiunilor persoanei, FREUD limitează concomitent şi aria de cuprindere a „posteducaţiei" şi expune psihanaliza unor critici îndreptăţite. Modalităţile de percepţie şi de expresie ale personalităţii, reţeaua relaţiilor sale cu ecosistemul căruia îi este integrată şi îndeosebi cu ceilalţi oameni, nu sînt reductibile în nici un caz la poziţia de suprastructură a unui instinct, oricît de vital ar fi acesta.

Apare însă ca semnificativ faptul că demersul psihoterapeutic propriu-zis utilizat în psihanaliză nu implică motivaţia pansexualistă ca un sistem de referinţe obligatorii. Relaţia terapeutică se menţine viabilă şi în lipsa referirii la libido. Instanţa subconştientă reprezentată de „sine", modelarea social-familială corespunzătoare supraeului şi conştiinţa de sine ca instanţă conştientă de comunicare cu realitatea îşi pot desfăşura dialectica relaţiilor fără a necesita ipoteza libidoului. F. V. BASSIN observă în lucrarea sa dedicată problemei inconştientului că existenţa la om a proceselor psihice care influenţează comportarea, deşi evoluează „dincolo de pragul" conştiinţei şi ca atare nu sînt percepute obiectiv, se bucură de o acceptare unanimă. Consecinţele negative ale unei educaţii rigide construită pe interdicţii excesive sînt constatabile sub diferite aspecte

Scanned with OKEN Scanner

fără a se limita la tabuurile sexuale. În sfîrșit, eul ca instanță conștientă a personalității este susceptibil de tulburări sau alterări patologice și ca efect al altor tipuri de conflict decît cel presupus de disfuncțiile vieții sexuale.

Valențele educaționale ale psihanalizei nu trebuie să conducă la generalizări pripite.

Metoda psihanalitică nu poate fi considerată integral ca educațional-terapeutică în măsura în care acțiunea sa în această direcție este doar implicată structurii procesului terapeutic în ansamblu și nu reflectă o intenție.

Limitele funcției educaționale a metodei psihanalitice reies în mod convingător și din compararea acestei metode cu maieutica socratică, infirmînd analogia pe care unii autori (SAADA) au crezut că o pot stabili.

SOCRATE solicită nemijlocit pe interlocutor, îl obligă la un necontenit efort euristic, „sancționîndu-l" prin „ironie" sau „recompensîndu-l", cu sentimentul plăcut al descoperirii adevărului. Filozoful antic rămîne mentorul unic, posesorul singurului adevăr posibil, sistemul de referință al oricărei rațiuni active, interlocutorul său fiind realmente un elev ce trebuie îndrumat pe căile cunoașterii raționale deși i se oferă impresia, iluzorie, că este el însuși descoperitorul adevărului.

Dialogul socratic ne apare așadar ca eminamente educațional, intenția transmiterii unor cunoștințe cu semnificație formativă este explicită și comandamentul „cunoaște-te pe tine însuți" se realizează nu prin „culegerea" spontană a unor reziduuri psihice aleatorii și lipsite inițial de semnificație, ci printr-un foraj inductiv sistematic, realizat nemijlocit sub îndrumarea directă a „educatorului", care îl ajută pe interlocutor să se ridice treptat la înălțimea adevărurilor cu valoare de generalitate, dar și la stăpînirea unei metode de investigație și înțelegere, aplicabilă tuturor aspectelor cunoașterii.

Păstrînd comandamentul socratic al cunoașterii de sine ca tehnică propusă învățării, psihanaliza procedează dimpotrivă prin refuzul relației educaționale explicite, evitînd tocmai acțiunea de modelare a subiectului ca efect intenționat al personalității educatorului. Psihanalistul se vrea „analist", factor de recepție, filtraj și sistematizare a informației primite, comentator ce își asumă rolul corului antic și nu al actorului sau al regizorului. El „tălmăcește" din culise evenimentele, urmărind denudarea sensului ascuns de semnificația lor aparentă, dar nu apare pe scenă, nu îndrumă, blochează tentativele pacientului de a-l atrage într-o relație afectivă nemijlocită, de a-l folosi ca sistem de referință al propriului său comportament. În fapt, psihanalistul apare ca un educator disimulat, iar

Scanned with OKEN Scanner

psihanaliza ca o educaţie care se ascunde de ea însăşi. FREUD nu doreşte ca pacientul să se comporte ca un elev, să devină partizanul unei teorii, ci să trăiască nemijlocit în condiţiile dinamicii analitice, diferitele modele ale realităţii, care îl apropie treptat de realitatea însăşi.

Şi totuşi, atît de reală este tensiunea educogenă a oricărei relaţii interpersonale încît ceea ce psihanalistul refuză explicit se manifestă implicit în comportarea subiectului. Acesta nu acceptă absenţa analistului din relaţia terapeutică, îl atrage în dialog prin mecanismul transferului, utilizîndu-l ca pe un model al autorităţii părinteşti, pasiv şi deci permisiv şi ca pe un „ispăşitor", care prin „absorbţia" tensiunilor sale afective îi îngăduie să se elibereze de presiunea acestora. Pacientul foloseşte relaţia psihanalitică pentru a parcurge etapele intermediare ale reinserţiei în realitate. Necesitatea subiectului de a se construi cu ajutorul celui ce îşi asumă, într-o formă sau alta, statutul de îndrumător este atît de intensă, încît, în lipsa unui sprijin explicit pacientul îşi va confecţiona o imagine funcţională a educatorului în care se va proiecta pe sine însuşi.

Comparată cu relaţia educaţională habituală, relaţia psihanalitică oferă o imagine inversată a poziţiei partenerilor: demersul afectiv al educatorului în direcţia elevului, oferta emoţională, sobră dar intensă şi constantă, pe care educatorul o face elevului pentru a conferi dialogului interpersonal atributul autenticităţii şi comprehensivităţii sporind astfel receptivitatea celui influenţat şi, în consecinţă, eficienţa actului educaţional este înlocuită în psihanaliză de tentativele perseverente ale pacientului subiect de a-şi oferi trăirile afective neconsumate „terapeutului", care le refuză la fel de consecvent, menţinîndu-şi pacientul în situaţia de frustrare pînă cînd acesta, sprijinindu-se pe propria personalitate, le va canaliza într-o direcţie firească. Acţiunea educaţională constă aci tocmai în determinarea pacientului de a găsi căile propriei sale educări, utilizînd ca jaloane interpretările oferite de analist şi apoi de propriul său travaliu analitic. În acest sens, transferul, lărgind aria de contact a interlocutorilor şi adîncind-o, conferă acestui conflict dinamismul regenerator.

Conceptul de transfer contribuie la înţelegerea mai profundă a relaţiei psihoterapeutice în general, precizînd funcţia de „medicament" a psihoterapeutului. Acesta nu mai apare ca un simplu interlocutor, sau ca un „moralizator", ci este atras în nucleul tensional al conflictului patologic, intră în contact nemijlocit cu el şi participă la asanarea lui.

Conceptul de pregătire pentru viaţa reală prin parcurgerea gradată a unor etape pregătitoare, considerarea tratamentului

Scanned with OKEN Scanner

psihanalitic mai ales ca o metodă de trecere de la imaturitate la maturizare afectivă, la cucerirea unei cît mai complete autonomii de către bolnav la „cunoașterea de sine" prin experiență proprie, la obligația de a consolida achizițiile prin eforturi ulterioare — ni se par a constitui elemente educaționale implicite psihanalizei freudiene, și ca atare reprezintă contribuția acestei psihoterapii la constituirea conceptului de educație terapeutică. O concepție originală în care tocmai pasivitatea „educatorului", antrenînd activitatea personală a subiectului, devine factorul de propulsie al maturizării și reechilibrării.

C. G. Jung. Ceea ce îi refuză psihanalizei sub aspectul determinării biologiste, C. G. JUNG îi atribuie ca înfeudare spiritualistă. Dacă anulează teoria freudiană a libidoului „un veritabil X, o pură ipoteză, o imagine, ceva la fel de insesizabil ca și energia lumii fizice" (145) și refuză primatul sexualității în viața psihică și în dinamica personalității, JUNG reformulează noțiunea de inconștient ca „inconștient colectiv", constituit din „cele mai vechi imagini ancestrale reprezentînd gîndurile cele mai generale, cele mai îndepărtate, cele mai profunde ale întregii umanități", în jurul cărora s-au format cele mai mari și mai frumoase gînduri; ele conțin tot ceea ce este frumos și mare în gîndurile și sentimentele umanității, dar și cele mai cumplite infamii, cele mai infernale invenții de care oamenii au fost capabili de-a lungul timpurilor (146). Inconștientul colectiv alimentează „sufletul colectiv", „Non Eul" termen al cuplului „non Eu" — „Eu", fundamental în dialectica jungiană ca și antagonismul între introversiune și extroversiune.

În concepția sa, psihicul poate fi descompus în patru funcții fundamentale: gîndire, intuiție, senzație, sentiment, opuse două cîte două și completate prin patru funcții auxiliare. Dacă tipul nostru conștient se integrează mai mult unor funcțiuni, tipul inconștient va dezvolta funcțiile opuse. Lupta se dă între „persona" (comportamentul exterior al individului, personalitatea aparentă) și „umbra" („fratele nostru obscur", cealaltă parte a noastră), amîndouă constituind „totalitatea psihică". De asemenea, fiecare, în raport cu sexul este completat cu principiul sexului opus „animii" la femei, „anima" la „bărbați" din antagonismul cărora pot să apară conflictele. Pe temeiul acestor idei, expuse cu un excepțional talent de eseist, dar foarte dificil de demonstrat, s-a putut construi o întreagă „metafizică — celor care vor să înțeleagă, cerîndu-li-se «să creadă» pentru a fi răsplătiți cu cele mai mari emoții acordate numai misticilor și inițiaților". Psihoterapia jungiană este considerată ca „o cale a mîntuirii" (145) greu accesibilă și rezervată ca atare numai „celor aleși", care au primit „harul"

Scanned with OKEN Scanner

cum se exprimă extaticul discipol și exeget I. IACOBI (132). Dacă SAADA caracterizează metoda și concepțiile jungiene ca „impregnate de misticism", filozoful catolic E. MARMY (187) le socotește ca pe o „binevenită reacție" la „raționalismul cartezian unilateral", ca pe o orientare care „restituie științei sensul misterului". JUNG însuși îi apare ca un „Seelenführer", un director de conștiință.

Din această tendință ideologică proeminentă decurge însă accentuarea caracterului educațional al metodei psihoterapeutice jungiene. Evitînd cu grijă orice influențare ideologică a pacientului, ferindu-se să-i transmită un sistem de valori sau un cod de principii filozofice, psihanalistul freudian, așezat în semiobscuritatea camerei în afara cîmpului vizual al pacientului este numai martorul și stimulentul unei autoeducări. Dimpotrivă JUNG intervine nemijlocit în procesul educației terapeutice.

Tendința de participare este evidentă și în modificările aduse tehnicii. Bolnavul nu mai este întins pe divan în atitudinea de totală relaxare propice contactului spontan cu inconștientul și nici psihoterapeutul nu se disimulează în semiobscuritatea neutră. Cei doi parteneri se așază față în față, iar dialogul oferă psihoterapeutului o mai mare libertate de intervenție. El va răspunde aserțiunilor pacientului, va participa la asociații, îl va însoți prin meandrele analizei. Spre deosebire de psihanaliza freudiană, simptomelor nu li se va da multă atenție. Analiza conștientului se va axa îndeosebi pe anamneză: bolnavul va furniza cît mai multe informații și amintiri în legătură cu nevroza sa, material ce va fi examinat în comun, analistul încercînd să găsească explicații, să stabilească apropieri care să-i permită pacientului să vadă mai clar.

Dar nici analiza inconștientului nu mai este cedată spontaneității. Explorarea se face acum prin intermediul metodei asociativ-verbale, folosită și astăzi ca tehnică proiectivă. Natura, rapiditatea și forma reacțiilor obținute la stimulii inductori psihogeni, reprezintă pentru analist indicații în ceea ce privește orientarea afectivă și temele psihogene, oferindu-și prilejul de a pune noi întrebări mai precise sau de a formula noi inductori mai apropiați de focarul traumatizant. Terapeutul își exercită funcția de control chiar și în analiza viselor, domeniu de elecție al manifestării spontaneității pacientului. Asociațiile nu mai sînt libere, ca în tehnica freudiană, ci dirijate de terapeut. „Această metodă — arată JUNG — se deosebește de asociația liberă și prin aceea că cel ce a visat nu mai este singurul care își aduce contribuția la asociații, căci medicul își are și el rolul său. Adeseori chiar, el este acela care, prin analogiile pe care le oferă, determină orientarea pe care o vor lua asociațiile pacientului" (181).

Scanned with OKEN Scanner

Confruntat cu inconştientul colectiv, pacientul va avea sentimentul că trăieşte o experienţă ciudată şi neliniştitoare, căci el va trebui acum nu să regăsească ceva trăit anterior (ca în analiza inconştientului personal), ci să descopere elementele latente, moştenite în inconştient şi care n-au fost niciodată însufleţite. Terapeutul îl va ajuta pe pacient să asimileze afluxul de imagini oferit de analiza inconştientului colectiv nu refulîndu-le, ci „privindu-le drept în faţă ca pe un lucru distinct de personalitatea sa... trebuie ca bolnavul *să înveţe* (s.n.) ceea ce, în aceste gînduri este Eu de ceea ce este Non Eu, cu alte cuvinte suflet colectiv" (JUNG, 146). Distincţia poate fi operată în perioada „individuaţiei". Cu ajutorul terapeutului pacientul trebuie să descopere posibilităţile sale inconştiente, să-şi asume personalitatea totală (Eul propriu), reconciliind „contrariile" (conştientul şi inconştientul) şi dezvoltîndu-şi viaţa „spirituală" (146), ceea ce nu se obţine decît prin multiple crize şi perioade de dezechilibru artificial. Cucerirea victoriei asupra psihicului colectiv punctează „cucerirea tezaurului, posedarea valorii adevărate" (SAADA). Nici JUNG n-a scăpat atracţiei pe care problemele educaţiei au exercitat-o asupra psihanaliştilor.

Viaţa omului îi apare lui JUNG ca fiind împărţită în patru perioade distincte, corespunzătoare predominenţei inconştientului şi conştientului. La cele două capete ale şirului, copilăria şi bătrîneţea sînt dominate de inconştient; între 35—45 ani are loc o ascensiune: ne aflăm în „amiaza vieţii" dominată de conştient ca şi perioada de consolidare interioară care-i urmează.

Scopul educaţiei copilului şi adolescentului constă în favorizarea încolţirii vieţii conştiente, a sentimentului că este „conştient de ceva". Conştiinţa presupune opoziţia „Eu" — „Non Eu", ea se cucereşte atunci cînd dualitatea celor doi termeni este redusă la unitate, realizîndu-se ceea ce JUNG denumeşte Anpassung, asimilare (147). Educaţia reuşeşte în măsura în care adaptarea se realizează normal şi eşuează dacă în calea adaptării apar obstacole exterioare sau interioare. În acest caz subiectul nu se simte în deplina posesie a propriului eu, este ca şi cum s-ar afla sub dependenţa a ceva străin, căruia îi suportă jugul. Aceasta deoarece viaţa sufletului ca şi viaţa corpului se menţin şi se dezvoltă prin fenomene de asimilare prin care ceea ce nu este viu devine parte integrantă a viului. Blocarea acestui proces va determina apariţia unor tulburări psihice după cum le determină şi pe cele organice.

Educaţia integrală constă în adaptarea la lumea exterioară şi la cea interioară: armonia cu mediul social (familia, profesia, societatea), armonia cu sine însuşi. Deficitul de adaptare la una din cele două „lumi" duce în mod inevitabil la nevroză sau psihoză.

Scanned with OKEN Scanner

În prima jumătate a vieţii se realizează ţelul ei în ordinea naturii (Naturzweck), în a doua jumătate ţelul ei cultural (Kulturzweck). Realizarea primului ţel implică adaptarea la societate, a celui de al doilea — adaptarea la viaţa interioară. „Amiaza vieţii" — etapa de început a maturizării reprezintă o perioadă de tranziţie, un moment critic de răscruce.

JUNG consideră ca eroare a lui FREUD şi ADLER presupunerea că omul ascultă în întreaga sa existenţă de imperativele unui singur instinct, fie acesta libidoul freudian sau voinţa de putere adleriană. Or, forţa instinctuală nu utilizează o unică modalitate de exprimare: fiecărui instinct îi poate veni timpul de a acţiona. Sufletul nu este un sistem rigid şi imobil, ci o realitate mişcătoare şi fluidă, care suportă succesiv influenţa unor instincte diferite ce se modifică necontenit, precum imaginile unui caleidoscop.

Elementul vîrstă joacă un rol important în dinamica acestei acţiuni. Viaţa tînărului stă în chip firesc sub semnul „expansiunii generale" şi se orientează în sensul realizării unor scopuri lipsite de echivoc; nevroza sa va fi provocată de întîrzierea acestei mişcări „expansioniste" sau de ezitări în realizarea ei. Viaţa adultului stă sub semnul „contracţiei", al afirmării rezultatelor obţinute, al împlinirii mişcării de expansiune; nevroza sa este consecinţa fixării la nivelul dispoziţiilor psihologice ale tinereţii, al ieşirii din ritmul evoluţiei psihologice firești. „Pentru tînărul încă inadaptat şi care n-a repurtat încă nici un succes este de cea mai mare însemnătate să-şi dezvolte cît de mult poate conştiinţa de sine, cu alte cuvinte să-şi educe voinţa... El trebuie să se simtă el însuşi o fiinţă volitivă, să nu vadă în el nimic altceva decît voinţa, să-şi imagineze că totul în el ascultă de voinţă, căci fără această iluzie nu va ajunge la adaptarea socială. Altceva se întîmplă cu omul care a ajuns în a doua jumătate a vieţii sale: lui nu îi mai este necesară educarea voinţei conştiente, ci mai curînd autocunoaşterea pentru a înţelege sensul vieţii sale individuale. Utilitatea sa socială nu mai constituie un obiectiv pe care îl vizează, cu toate că nu neagă că aceasta este un obiectiv dezirabil. Acum el concepe activitatea sa creatoare căreia îi vede perfect inutilitatea ca pe o perfecţionare a lui însuşi. Activitatea sa îl eliberează de asemenea într-o măsură din ce în ce mai mare de o dependenţă morbidă, conferindu-i sentimentul forţei interioare şi o nouă încredere în el însuşi" (JUNG, 147).

JUNG consideră că a pune pe seama perioadei anterioare cauzele dificultăţilor actuale reprezintă o tentativă de evaziune, o fugă de responsabilităţi, laşitate faţă de sine însuşi. Cel care îi acuză pe părinţi, educatori, circumstanţele nefericite, o face ca să nu se acuze

Scanned with OKEN Scanner

pe sine pentru propriile eşecuri. Terapeutul va spune alibiurilor de tot felul un hotărît nu! Adultul va fi îndrumat să caute în egoismul, orgoliul, superficialitatea, inconştienţa sa interioară cauza tulburărilor şi dificultăţilor.

JUNG consideră absurdă tendinţa de a-l explica pe adult exclusiv prin prisma copilului de odinioară. Nevroza nu este totdeauna o consecinţă a unui conflict petrecut în copilărie, ci un fenomen cu finalitate proprie: avertisment, semnal de alarmă al unei personalităţi care a împlinit un stadiu de dezvoltare şi aşteaptă o maturizare mai profundă, o nouă integrare.

Terapeutul jungian va ajuta la realizarea acestui salt calitativ, cerînd bolnavului să înceapă noua existenţă cu „un act de curaj şi de sinceritate absolută".

Adler. Ceea ce, în concepţia lui FREUD sau JUNG, putea să ne apară ca expresia unor intenţii educaţionale mai mult sau mai puţin conturate, devine în contextul psihologiei individuale adleriene afirmarea lipsită de echivoc a unei pedagogii terapeutice. Profesor la Institutul pedagogic din Viena, întemeietor de consultaţii psihopedagogice, inspirator sau chiar iniţiator de şcoli experimentale, prezentîndu-se el însuşi ca „psihiatru, psiholog şi educator în şcoală şi familie", ALFRED ADLER (5, 6, 7) exprimă plenar în întreaga sa activitate de teoretician şi practician o autentică vocaţie de educator.

În concepţia autorului ei, psihologia individuală se defineşte ca o psihologie a totalităţii persoanei umane preocupată să înţeleagă caracterul structural al personalităţii, totalitatea pe care individul o reprezintă, pe de o parte ca unitate independentă, iar pe de altă parte în relaţie cu societatea, aceasta deoarece numai ţinînd seama de exigenţele societăţii fiinţa umană se poate proiecta în condiţiile sale naturale.

Ca o consecinţă necesară, psihologia individuală îşi propune să ofere o bază psihologică unei pedagogii capabile să educe copiii şi să reeduce adulţii, asumîndu-şi astfel o dublă funcţie, preventivă şi terapeutică (M. GANZ, 106), ce se exercită în contextul prevenirii şi terapiei nevrozelor, tulburărilor caracteriale, dificultăţilor de adaptare la exigenţele realităţii sociale.

„Defectele constituţionale şi alte stări analoage ale copilăriei — scrie ADLER — dau naştere unui sentiment de inferioritate care necesită o compensare în sensul unei exaltări a sentimentului personalităţii. Subiectul îşi făureşte un ţel final pur fictiv, caracterizat prin voinţa de putere, ţel final care dobîndeşte o importanţă extraordinară şi atrage în matca sa toate forţele psihice. Născut el însuşi din aspiraţia spre securitate, organizează dispozitive psihice în vederea obţinerii acestei securităţi, servindu-se mai ales de caracte-

Scanned with OKEN Scanner

rul nevrotic şi de nevroza funcţională. Ficţiunea diriguitoare este construită după o schemă simplă şi infantilă, afectînd într-un chip particular modalitatea de apercepţie şi mecanismul memoriei".

Dacă „voinţa de putere" aparţine terminologiei proprii lui NIETZSCHE („voinţa de putere" şi „voinţa de a părea" ale lui NIETZSCHE exprimă în fond acelaşi lucru ca şi concepţia noastră afirma ADLER) —, atitudinea lui ADLER faţă de conţinutul concret implicat de acest concept decurge dintr-o etică diametral opusă celei profesate de autorul lui „Aşa grăit-a Zarathustra". Într-adevăr, acţionînd „dincolo de bine şi de rău" voinţa de putere nietzscheiană constituie apanajul absolut al unor „Ubermensches" — supraoameni — aflaţi deasupra mulţimii, dispreţuind-o şi servindu-se de ea ca instrument al imperioasei lor trebuinţe de a domina. Supraomul va fi cu atît mai mare cu cît va fi „mai singuratic, mai ascuns, mai la margine". El poartă o mască pentru a se feri de „gloată" (Zarathustra), proclamă nedreptatea ca pe o necesitate şi jertfirea umanităţii ca masă în folosul prosperităţii unei singure specii de oameni mai puternici ca suprem progres. El postulează existenţa obligatorie a unei morale a omului superior deosebită în drepturile pe care le acordă de morala omului de rînd, socoteşte ca pe un atribut natural şi ca atare acceptabil al forţei pe acela de a înrobi, a zdrobi, setea de duşmani, de rezistenţă şi de triumf, sanctifică războiul şi lupta, dispreţuieşte pacea şi munca, într-un cuvînt proslăveşte „dreptul păsării de pradă de a fi pasăre de pradă" („Généalogie de la morale"), fiind aşadar un paranoic solitar lipsit de orice „simţ al comunităţii" (cf. JANET şi SÉAILLES, 138).

Considerînd la rîndul său „voinţa de putere" ca motivaţie fundamentală a comportamentului uman pe care o substituie libidoului freudian, ADLER îi conferă o accepţie proprie. Ea exprimă aci aspiraţia spre desăvîrşire în relaţie cu exigenţele societăţii, forţa care îl împinge pe subiect spre realizarea unui anumit ţel care să-i confere un statut social cît mai apropiat de imaginea pe care şi-o face despre sine. În viziunea lui ADLER „voinţa de putere" acţionează ca o forţă pozitivă a dinamicii personalităţii numai în măsura în care asigură integrarea individului în contextul „cooperării" sociale şi îi întăreşte „simţul comunităţii". Dacă nu se poate realiza în acest sens ea devine o „ficţiune diriguitoare" şi o „apercepţie fundamentală" a nevrozei, determinînd ca ţel final al oricărei nevroze, „o exaltare a sentimentului personalităţii", orientată însă spre realizarea unor ţeluri fictive în scopul compensării complexelor de inferioritate. În fapt, „voinţa de putere", purificată de agresivitatea Ubermensch-ului nietzscheian semnifică pentru ADLER aspiraţia individului spre perfecţiune în folosul colectivităţii.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă NIETZSCHE prin intermediul lui Zarathustra proslăvea războiul și proclama ca firească „setea de dușmani", ADLER ironizează pe „iscusiții apărători ai războiului și masacrării adversarilor", care se drapează totdeauna în mantia sentimentului social și le consideră astfel de teorii drept „concepții perimate", semne ale lipsei de încredere în posibilitatea găsirii unei căi noi, mai bune, rezultînd deci „dintr-un complex de inferioritate manifest". ADLER consideră că nici o crimă nu poate limita omnipotența ideilor avansate și nu poate salva de prăbușire ideile agonizante. El socotește această convingere ca pe o învățătură a istoriei umanității (5).

Pedagogia adleriană ne apare ca o consecință necesară a unei concepții despre lume construită pe ideea de solidaritate umană. Toate întrebările cărora trebuie să le dăm răspuns în viață, toate aspectele și situațiile de viață sînt subordonate celor trei probleme fundamentale strîns legate între ele: viața în societate, munca, dragostea. Răspunsul la aceste trei probleme nu poate fi ocolit de nici o ființă umană, modalitatea particulară a răspunsului, atitudinea față de aceste probleme exprimîndu-se în stilul de viață al individului. „Omul, ca produs al planetei noastre, nu s-a putut menține și dezvolta în relațiile sale cu restul lumii decît prin încorporarea sa la comunitate", prin aportul spiritual și material la această comunitate. Eforturile făcute în acest scop l-au înzestrat sub aspect fizic și psihic. Prin intermediul cooperării omul a urcat dintr-o situație inferioară spre una superioară, ceea ce evidențiază caracterul dinamic, atît al individului, cît și al masei, generalitatea și permanența sentimentului de inferioritate ce acționează ca motivație, ca impuls spre acțiune. Căutarea perfecțiunii îi apare lui ADLER ca o tendință fundamentală a dinamicii umanității.

Rezolvarea satisfăcătoare a trebuințelor esențiale implicate în cele trei probleme de bază necesită însă existența unor ființe umane înzestrate cu „sentimentul social" la un nivel îndestulător. Or, dacă putem vorbi despre o dispoziție inerentă omului de a atinge acest nivel, ea rămîne adeseori în domeniul probabilității, deoarece omenirea nu este destul de dezvoltată pentru a inculca sentimentul social oamenilor într-o asemenea măsură încît el să funcționeze ca respirația sau mersul vertical. Prietenia, patriotismul, omenia, bunele purtări, jocul, școala și învățătura, stima și considerația pentru sexul opus impun atitudini care reprezintă în fapt răspunsuri la cele trei probleme majore.

Spre a ști să răspundă cum se cuvine întrebărilor ce se desprind din confruntarea lor cu societatea, oamenii primesc încă din prima zi de viață o pregătire complexă care însă poate fi de la început corectă sau greșită.

Scanned with OKEN Scanner

Dar o educaţie greşită este potenţial psihogenă, ea putînd genera întregul cortegiu al manifestărilor nevrotice (considerate de ADLER ca reprezentînd în fapt scăderi sau oscilaţii ale sentimentului social, derogări de la datoria faţă de societate). Pedagogia adleriană urmăreşte pe de o parte tratarea acestor manifestări comportamentale patologice, iar pe de altă parte evitarea greşelilor în educaţie avînd aşadar o dublă orientare curativă şi preventivă.

Sentimentul social se exprimă în cooperarea pentru folosul celorlalţi, în cadrul diviziunii muncii. Omul cu spirit social este încredinţat că fiecăruia i se datorează o recompensă pentru munca sa şi că „exploatarea vieţii şi muncii altora nu poate servi niciciînd binelui omenirii". „Marea şcoală a comunităţii umane" cere în mod justificat o mai bună distribuţie a muncii şi consumaţiei în cadrul căreia fiecare, în măsura în care se face util celorlalţi, are dreptul „la o viaţă echilibrată, la toate avantajele igienei şi la o bună educaţie pentru descendenţii săi". El va căpăta astfel sentimentul valorii sale pentru societate, „singura posibilitate de a atenua sentimentul general de inferioritate".

În dragoste sentimentul social se dovedeşte a fi „creatorul imediat şi incontestabil al destinului nostru". Este „o problemă pentru doi" şi trebuie rezolvată ca atare, prin contopirea celor doi parteneri ca şi cum ar forma o singură fiinţă. Or, deficitul în ceea ce priveşte „pregătirea pentru rezolvarea unei probleme pentru doi", acceptarea conştientă a egalităţii cu partenerul, capacitatea de a se abandona pe sine însuşi, de a subordona propriul egocentrism exigenţelor vieţii în doi caracterizează persoanele cărora le lipseşte sentimentul social.

ADLER consideră că „a fi un om înseamnă a poseda un sentiment de inferioritate care cere compensare" (5, 7). În acelaşi timp însă el consideră că „legea fundamentală a vieţii constă în triumful asupra dificultăţilor". Compensarea reprezintă tocmai efortul necontenit al omului pentru a învinge dificultăţile fizice şi psihice generate de diferenţa de nivel între conştiinţa posibilităţilor sale prezente şi reprezentarea obiectivelor pe care şi le propune în scopul autoafirmării. Direcţiile în care individul îşi caută compensarea sînt mult mai numeroase decît scopul prin care se exprimă perfecţiunea căutată. Cu cît va fi mai intens resimţit sentimentul de inferioritate, cu atît mai imperioasă va fi dorinţa de a-l compensa şi mai violentă agitaţia emoţională, cu consecinţe importante asupra echilibrului fizic, determinînd dereglări ale sistemului nervos vegetativ şi glandelor cu secreţie internă. Dacă sînt firești ca fenomene trecătoare, deosebindu-se numai sub aspectul lor exterior în relaţie cu stilul de viaţă

Scanned with OKEN Scanner

al subiectului, atunci cînd persistă, ele dau naştere „nevrozei organice funcţionale". Ca şi în cazul „psihonevrozelor", etiologia lor reflectă stilul de viaţă care, în cazul unui sentiment de inferioritate mai accentuat, prezintă tendinţa de a bate în retragere în faţa problemelor cu care individul este confruntat, asigurîndu-i acestuia retragerea prin menţinerea simptomelor organice sau psihice declanşate (5).

Or, natura proprie a individului se relevă celorlalţi exclusiv în modalitatea de a înfrunta problemele vieţii, în raport cu ceea ce se întîmplă cu această ocazie în forul lui interior. Este necesar, pentru a-l cunoaşte, să se evidenţieze dacă subiectul îşi îndeplineşte rolul social sau dacă ezită, dacă se opreşte în drum, încearcă să-şi eludeze sarcinile căutînd pretexte pentru a-şi motiva dezertarea, dacă încearcă să găsească soluţii loiale problemelor ce i se pun, dacă le rezolvă integral, parţial, dacă le lasă nerezolvate mergînd pe căi ce pot aduce prejudicii societăţii pentru a se făli cu o superioritate personală.

O astfel de atitudine evidenţiază lipsa sentimentului social (sinonim cu viaţa în comun, cooperaţie, umanism, eu-ideal) datorată insuficientei pregătiri pentru problemele vieţii. Aşadar, linia de conduită pentru dezvoltarea individului şi societăţii este sporirea sentimentului social, în acelaşi timp „bază solidă care ne permite să deosebim ceea ce este just de ceea ce este eronat" şi „metodă pentru a educa şi redresa şi pentru a arbitra în divergenţă" cu „un grad surprinzător de certitudine". Viaţa însăşi înlocuieşte aci testele deoarece şi cea mai neînsemnată mişcare a individului poate servi pentru a indica direcţia pe care o urmează şi distanţarea sa de societate, căci, în toate manifestările vieţii unui om se exprimă dimensiunile sentimentului comuniunii umane.

Comparată cu metodele obişnuite ale psihiatriei care fac apel la constrîngerea colectivă, psihologia individuală se dovedeşte superioară, căci ea nu condamnă, ci încearcă să amelioreze, să-l descarce pe individ de responsabilitatea sa pe care o impută defectelor civilizaţiei noastre, de care sîntem cu toţii responsabili şi la a căror dispariţie trebuie să colaborăm cu toţii.

Concluzia pedagogică a unei astfel de filozofii, care este în fapt o antropologie preocupată de esenţa umanului şi o etică a raporturilor individului cu comunitatea se impune în mod firesc: educaţia poate şi trebuie să acţioneze prin mijloacele de care dispune pentru a amplifica sau a redresa sentimentul social şi a-l reintegra pe individ în comunitate, redîndu-i sensul utilităţii sale sociale şi deci „obiectivîndu-l" în raport cu societatea. Ea va reface „planul de viaţă" eronat al subiectului, va demitiza „ficţiunile diriguitoare" care

Scanned with OKEN Scanner

abat viaţa acestuia de la cursul ei firesc, le va anula funcţia de linie directivă a realizării individului, va înlocui „ţelurile fictive" cu altele corespunzătoare posibilităţilor şi realităţilor vieţii subiectului, va demasca adevăratul caracter al simptomelor şi impedimentelor de tot felul dărîmînd zidul de justificări pe care bolnavul însuşi l-a construit pentru a-l apăra de contactul anxiogen cu viaţa reală. Printr-o acţiune educaţională susţinută, terapeutul va reda bolnavului sentimentul social, uşurîndu-i astfel sentimentul de inferioritate şi determinînd vindecarea. ADLER consideră că „are puţină însemnătate ce aducem pe lume, totul depinde de ceea ce facem". Educatorul care va adopta o metodă adecvată, pornind de la considerarea „poziţiei totale a individului" sub aspectul substratului organic, mediului şi educaţiei şi de la cunoaşterea propriilor posibilităţi „va putea acţiona cu succes asupra celorlalţi şi îndeosebi asupra copiilor" şi va face astfel ca destinul lor „să nu se reducă la un fatum orb".

Terapeutica adleriană utilizează ca metodă principală convorbirea. Terapeutul va urmări la început cîştigarea încrederii bolnavului şi cunoaşterea cît mai profundă a acestuia mai ales sub aspectul „planului de viaţă", al tensiunii „sentimentului social" şi al intensităţii sentimentului de inferioritate.

Bolnavul vorbeşte fără a fi întrerupt, terapeutul intervine cu întrebări numai atunci cînd bolnavul nu mai are nimic de spus.

Folosind materialul adunat, terapeutul demonstrează pacientului erorile sale de conduită evidenţiind adevăratele cauze ale eşecului şi „demascînd" adevăratele funcţii şi semnificaţii ale nevrozei. Înţelegerea treptată a subtextului implicat în comportamentul nevrotic aduce cu sine modificarea pozitivă a atitudinii bolnavului. În desfăşurarea tratamentului apar, ca şi în terapia psihanalitică, expresii ale tendinţei bolnavului de a-şi apăra „dreptul la nevroză", de a salvgarda avantajele situaţiei de boală. Ca şi în transferul freudian, se produce o proiecţie pozitivă sau negativă a sentimentelor pacientului asupra terapeutului. Bolnavul îl va lăuda pe terapeut sau dimpotrivă va căuta să-i demonstreze că atitudinea sa este eronată şi că metoda utilizată este lipsită de valoare. Acest moment impune terapeutului folosirea unei „logici vitale" şi evitarea oricărei erori în comportare. El nu va manifesta un interes deosebit faţă de bolnav, nu-l va „supraproteja", nu-şi va afirma dorinţa sau posibilitatea de a-l vindeca în orice condiţii. Aceasta pe de o parte spre a evita ca bolnavul să-l „pedepsească" prin greutăţile pe care i le-ar putea face ca să se „răzbune" pentru smulgerea din universul fictiv dar protector al nevrozei, iar pe de altă parte, spre a-l sili pe bolnav să recunoască importanţa vitală pentru el, a vindecării, să o dorească,

Scanned with OKEN Scanner

să-şi asume răspunderea în caz de eşec şi calitatea de „coautor" în caz de reuşită a curei. Pedagogul adlerian consideră că adevărata vindecare nu coincide cu simpla dispariţie a simptomelor nevrotice, ci constă în modificarea integrală a atitudinii pacientului în faţa vieţii, în restructurarea capacităţii subiectului de a aborda frontal obligaţiile ce-i incumbă renunţînd la justificări şi subterfugii. Numai bolnavul capabil de a-şi asuma o responsabilitate se află pe drumul vindecării (M. GANZ) (106).

Reeducarea în viziune adleriană îşi propune de asemenea şi un obiectiv de viitor nu mai puţin esenţial: a-i da subiectului posibilitatea de a se autoeduca pentru a suporta cu succes dificultăţile vieţii.

În contextul dezvoltării educaţiei terapeutice înfiinţarea de către ADLER a consultaţiilor medico-pedagogice reprezintă o contribuţie importantă. În anul 1920, în condiţiile dificile ale vieţii din Viena postbelică, apare prima consultaţie de acest fel care se adresa atît copiilor, cît şi părinţilor. Erau primiţi atît copii bolnavi, cît şi cei la care procedeele pedagogice obişnuite folosite de părinţi şi profesori se dovediseră ineficace, copii răsfăţaţi, detestaţi sau cu inferiorităţi organice.

În 1929 funcţionau în Austria douăzeci şi nouă de consultaţii medico-pedagogice (106) care, pornind de la premisa că „orice constrîngere determină o reacţie de apărare negativă", militau pentru o pedagogie comprehensivă.

Concepţiile lui ALFRED ADLER rezistă cu dificultate demersului critic instituit de pe poziţii ştiinţifice. Aşezarea „inferiorităţii organice" la temelia construcţiei persoanei biologizează excesiv esenţa umanului şi îngustează aria de formare a personalităţii, după cum universalizarea nereală a unei realităţi parţial identificabilă ca „sentimentul de inferioritate", psihologizează structura mult mai complexă a dinamicii comportamentului uman. Pe de altă parte „solidarismul" sociologiei şi eticii adleriene postulează o comunitate plasată în afara antagonismelor de clasă, profesînd un organicism social în care fiecare se valorizează în limitele unei contribuţii considerată ca atribut firesc al individului, cu vagi aluzii la injustiţiile societăţii, în ceea ce priveşte munca şi distribuţia produselor ei, fără o finalizare într-o concepţie ştiinţifică. În fapt, dialectica relaţiei individ—societate se consumă aci între un om singur şi o comunitate nediferenţiată în cadrul căreia individul trebuie să-şi cucerească un statut. Devierea de la calea firească a integrării prin plasarea unor pseudo-modele ale realităţii între lume şi subiect, deşi frecvent constatabilă în clinica nevrozelor, nu constituie unica modalitate a procesului nevrotic şi a reduce la un singur mecanism structuri pato-

Scanned with OKEN Scanner

logice atît de complexe şi de variate ca cele implicate în nevroze pledează pentru o înţelegere limitată a esenţei lor nozologice.

Cu toate aceste scăderi, tributare în mare parte climatului social în care a activat autorul, martor al eşecului unui mare număr de oameni în condiţiile luptei pentru existenţă din societatea capitalistă, dar şi nivelului cunoştinţelor psihiatrice ale vremii, contribuţia lui ADLER la psihologia nevroticului, dar mai ales la constituirea terapiei educaţionale, nu este neglijabilă. Fără a avea o frecvenţă absolută, multe dintre aspectele semnalate de el sînt adeseori constatabile şi pot clarifica unele aspecte ale comportării oamenilor ca şi unele particularităţi ale conflictului nevrotic, după cum apelul său la permanenta confruntare a individului cu colectivitatea îşi găseşte semnificaţii plenare şi în contemporaneitate. Îndeosebi, apare însă ca remarcabilă încrederea părintelui „psihologiei individuale" în eficienţa terapeutică a demersului educaţional şi tehnica elaborată pentru utilizarea acestei modalităţi inedite a educaţiei.

Psihagogia. O încercare de a concilia psihanaliza cu psihologia individuală în scopul de a formula concluzii generale cu privire la teoria educaţiei deduse din premise psihoterapeutice aparţine lui ARTHUR KRONFELD (1927) care denumeşte noua tehnică *psihagogie* şi o defineşte ca pe o metodă psihoterapeutică educaţională (146), (156).

KRONFELD porneşte de la ipoteza că orice boală psihică reprezintă o fugă de realitate şi de consecinţele contactului cu lumea, determinată de sentimentul individului potrivit căruia imaginea despre propria valoare nu a fost validată de societate, aceasta depreciindu-l în mod nejustificat. În lumina acestei ipoteze, scopul concret al demersului educaţional terapeutic este acela de a-l readuce pe bolnav la realitate nu numai învăţîndu-l să se aprecieze la adevărata sa valoare, ci şi de a accepta în mod conştient societatea şi de a-i aduce participarea sa activă.

KRONFELD formulează patru principii ale teoriei psihoterapeutice a educaţiei: 1. primatul societăţii; 2. egalitatea tuturor oamenilor ce dispun de un eu personal; 3. dreptul omului la viaţă şi răspunderea pentru viaţă; 4. ideea unei atitudini pozitive faţă de realitate. Din aceste principii decurge concluzia care reprezintă şi scopul urmărit de psihagogie: întărirea încrederii în sine însuşi, dezvoltarea sentimentului de răspundere faţă de noi şi faţă de societate.

Psihagogia se caracterizează printr-o metodologie eclectică: alături de metode din afara educaţiei, ca hipnoza şi sugestia, ea utilizează metode parţial educaţionale ca psihanaliza sau metode net educaţionale ca învăţarea şi metoda convingerii.

Scanned with OKEN Scanner

În unele cazuri se acordă conceptului de psihagogie un conținut mai larg. Unii autori, ca W. MALAMUD (1938) (178) consideră ca „metode psihagogice" toate modalitățile psihoterapiei în care medicul își asumă un rol de educator. Obiective asemănătoare își propune și *psihodidactica* preconizată de LAIGNEL-LAVASTINE și de VOLKOFF (1935). Terapeutul se ocupă de bolnav în spiritul unei profunde comprehensiuni, îl readaptează, îi favorizează reinserția în societate, elementul principal constînd în devotamentul psihoterapeutului față de bolnav (22). Inițiatorii au considerat că această relație presupune existența unei „didactici a reeducării spirituale".

6.18. Influența psihanalizei asupra pedagogiei curative

Deosebit de semnificativă pentru sesizarea opțiunilor educaționale ale psihanalizei ne apare influența exercitată în perioada interbelică asupra pedagogiei curative. Vechea Heilpädagogik a lui HELLER (Sondererziehung la Georgens și Leinhard, pedagogie specială sau ortopedagogie în Olanda, Science of special education, în țările anglo-saxone, Orthopedagogics și Education of exceptional children în S.U.A.), „acțiune educativă ce se exercită asupra unor copii cu tulburări de comportament de origine fizică și mintală în vederea ameliorării stării lor" (DEBESSE, 244) își lărgește cadrul și-și revizuiește metodologia. Dacă în 1912 pedagogia curativă își face intrarea în clinică prin înființarea secției de pedagogie curativă la Spitalul universitar din Viena, între 1920—1930 ea își ține congresele care, deși nominal prezidate de HELLER, sînt dominate în mare măsură de psihanaliști.

Influența consultațiilor medico-pedagogice întemeiate de ADLER la Viena nu întîrzie a se face simțită. În 1925 AICHORN introduce la internatul din Oberhollabrunn (lîngă Viena) metode noi pentru readaptarea delincvenților minori. AICHORN consideră că delincvența se datorește nu numai unui comportament inadaptat la exigențele vieții sociale, ci și unei imaturități afective. În acest sens el postulează necesitatea „comprehensiunii intuitive" a delincventului ca bază a identificării pedagogului cu trebuințele subiectului și ca urmare, a transferului.

Între anii 1920—1930, elvețianul HANS ZULLIGER publică în „Zeitschrift für Psychoanalitysche Pädagogik" o serie de studii de pedagogie curativă. Pornind de la situația socială și psihologică a copilului, ZULLIGER aplică scurte terapii de inspirație psihanalitică, de fapt niște sfaturi practice care îl ajută pe unicul pacient să depășească momentul dificil.

Scanned with OKEN Scanner

În sfîrşit ANA FREUD, fiica întemeietorului şcolii psihanalitice, acordă o atenţie deosebită educaţiei şcolare şi exercită o influenţă însemnată asupra unor pedagogi (Einführung in die Psychoanalyse für Pädagogen — 1935).

În această perioadă pedagogia curativă nu se mai limitează la educarea copiilor întîrziaţi mintal, ci înglobează în sfera sa de acţiune şi „cazurile limită" cu insuccese şcolare sau tulburări afective şi comportamentale (244).

6.19. Psihoterapia la sfîrşitul perioadei interbelice. Orientări teoretice şi practice în spiritul terapiei educaţionale

La sfîrşitul perioadei interbelice terapia educaţională pare a fi fost pe deplin acceptată în arsenalul terapeutic al psihiatriei. Conceptele sale fundamentale sînt constituite. Mai mult, spiritul general în care este concepută psihoterapia are o tentă educaţională pregnantă, astfel că şi metode ca cele preconizate de a doua şcoală din Nancy, bazate pe sugestie şi autosugestie sînt prezentate de autorii lor ca metode educaţionale BAUDOUIN (23). Cercetarea pe care W. MALAMUD (178) o dedică tendinţelor în psihiatrie sub aspectul teoriei şi practicii (1938) consemnează achiziţii psihoterapeutice care motivează tocmai o astfel de orientare educaţională.

În concepţia psihiatrului de la Universitatea din Iowa (concepţie care reprezintă o sinteză a tendinţelor dominante în psihiatria epocii), scopul psihoterapiei este readaptarea bolnavului la ansamblul din care face parte (setting). Acest obiectiv parcurge cinci etape:

1. *Sesizarea raporturilor subiectului cu mediu său* — demers iniţial care pe de o parte va permite psihoterapeutului să descifreze cauzele („les raisons, les pourquoi, les comment") situaţiei patologice, iar pe de altă parte îl va determina pe bolnav să colaboreze la propria sa readaptare;

2. *Contactul afectiv* — necesar orientării pozitive a afectivităţii bolnavului asupra acţiunii psihoterapeutice al cărei obiect este pentru a-l transforma, cel puţin în parte, în subiect al acestei acţiuni, a crea şi dezvolta la bolnav dorinţa de a se vindeca;

3. *Introspecţia afectivă* (Emotional insight) — corolar al etapei anterioare. Dorinţa de a se vindeca, atitudinea pozitivă faţă de terapeut şi înţelegerea satisfăcătoare a situaţiei putînd coexista la unii bolnavi cu pasivitatea sub aspect emoţional. Ca atare se impune utilizarea procedeelor care să determine pe bolnav la o colaborare activă;

Scanned with OKEN Scanner

4. *Suprimarea factorilor cauzali.* — Retrăirea și înțelegerea factorilor cauzali ai dezadaptării nu sînt totdeauna suficiente, pentru a se realiza vindecarea. Reducția demersului terapeutic la descoperirea factorilor cauzali poate avea un efect nociv, agravînd boala, deoarece, chiar cunoscînd cauza bolii sale, bolnavul nu are totuși posibilitatea de a schimba nimic. Este necesar ca acești factori să fie suprimați nu numai tratîndu-se bolnavul, ci și modificîndu-se ambianța.

5. *Reconstrucția și emanciparea.* Tratamentul îl plasează pe bolnav într-o atmosferă artificială, foarte deosebită de cea pe care o va înfrunta în viață datorită izolării de lumea exterioară, de noile dificultăți determinate, în condițiile prelungirii curei, de obișnuirea cu tratamentul și situația terapeutică de dependență față de psihoterapeut. În consecință, afirmă autorul, pentru ca bolnavul să poată rezolva independent problemele vieții, se impune reabilitarea și reeducarea sa.

Readaptarea poate fi realizată adeseori printr-o „înțelegere a problemelor", dezadaptarea fiind adeseori cauzată de confuzii în raporturile subiectului cu mediul său; în acest sens, un pacient suficient de inteligent și dornic de a se vindeca poate fi readaptat printr-o înțelegere adecvată a problemei pe care o implică relațiile sale cu ambianța. În raport cu profunzimea tulburării fundamentale, cu intensitatea eventualelor rezistențe emoționale și cu capacitatea de colaborare a bolnavului, terapeutul realizează o autentică educație intelectuală orientată spre rezolvarea problematicii conflictuale. Ca o caracteristică a eclectismului etapei considerate, sînt utilizate variate tehnici psiho-terapeutice de la psihanaliza clasică la psihologia individuală și îndeosebi o tehnică ce implică atît studiul minuțios al cadrului social (social setting), cît și al pacientului însuși. Ca o tendință caracteristică apare în contextul psihoterapiei interbelice demersul de „guidance" (îndrumare) în contextul căruia pacientul este ajutat să aleagă o modalitate de reacție adecvată.

O tendință definitorie a etapei respective constă în considerarea psihoterapiei ca o știință și o artă a problemelor umane. Subiectul îi apare psihoterapeutului ca purtător al unei istorii individuale unice, solicitat de semnalele unui mediu specific și implicat într-o entitate istorică fără termen de comparație. Sub influența gestaltismului, deosebit de activă în epocă, abordarea terapeutică a dezadaptărilor nevrotice și psihotice se face tratîndu-se problema ca un tot și nu ca un sumum al părților sale. Psihoterapiei i se atribuie un scop definit cu claritate, care este atins „printr-o gradare progresivă, uzînd de toate

Scanned with OKEN Scanner

măsurile susceptibile a ne îngădui o reorganizare sistematică a elementelor cu o valoare obiectivă".

Etapa se încheie aşadar cu un bilanţ a cărui orientare educaţională nu este dificil de sesizat în numeroase aspecte ale programului terapeutic. Pedagogii vor recunoaşte, în prima etapă, formularea principiului respectării particularităţilor individuale, după cum etapele a doua şi a treia vor releva în acţiune principiul participării conştiente şi active. Cît despre scopul psihoterapiei, el este, în viziunea psihiatrului W. MALAMUD, un scop educaţional.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul VII

TERAPIILE EDUCAȚIONALE ÎN PSIHIATRIA CONTEMPORANĂ

7.1. Apariția terapiei cu psihotrope și influența ei asupra dezvoltării terapiei educaționale

Etapa actuală a psihiatriei se recomandă, sub aspect clinic și terapeutic, drept succesoarea legitimă a unei lungi evoluții. Așa cum s-a arătat mai sus, terapia ocupațională, psihoterapia, acțiunea sedativă și echilibrantă a cuvîntului, funcția terapeutică a învățării ca modalitate de reconstrucție a activității sînt cunoscute și înainte de PINEL, ca acumulări cantitative ale observației și practicii.

În același timp însă, în ultimele două decenii, terapia psihiatrică a cunoscut cel mai important eveniment din întreaga sa existență, realizînd un autentic salt calitativ: apariția chimioterapiei cu medicamente psihotrope, „grup polimorf de medicamente a căror acțiune se reflectă la nivelul activității psihice prin efecte hipnotice, sedative, anxiolitice, ortotimizante, psihostimulante și psihodestructuralizante" care acționează „la nivelul structurilor complexe ale diencefalului și în special la nivelul formațiunilor mezo-diencefalo-striate" (V. PREDESCU) (233). Se obțin modificări ale mecanismelor neurofiziologice care stau la baza activității psihice, inclusiv la baza personalității. Vigilitatea (raportul somn-veghe, atenția spontană, în esență „fondul organizării actuale a conștiinței"), fondul endotermic-vital (temperament: grad, tempo, viteză și intensitatea reacțiilor psihice și motorii, fondul și variațiile dispoziției), activitatea exteroceptorilor, proprioceptorilor și interoceptorilor prin intermediul unor componente ale mecanismelor psihomotorii, perceptive, afective, pulsionale și neurovegetative, întregul organism prin intermediul sistemului neurohormonal sînt nemijlocit influențate de psihotrope. V. PREDESCU subliniază existența unor efecte mediate ale substanțelor psihotrope, implicînd acționarea unor mecanisme deosebit de complexe, prin intervenția unor factori motivaționali determinist-sociali.

Autorul constată existența unor efecte ale psihotropelor la nivelul personalității și al comportamentului social considerat ca „sistem de relații în acțiune prin care se definește atitudinea practică față de realitatea înconjurătoare".

Introducerea psihotropelor în terapia bolilor psihice a modificat substanțial conceptele și cadrele psihiatriei clasice. Bolnavul psihic agitat și agresiv, a cărui periculozitate justifica o îndelungată izolare sau cel total inhibat lipsit de orice posibilitate de comunicare, practic au dispărut. Spitalul de psihiatrie a devenit un spital obișnuit. Se vorbește curent despre o „revoluție farmacologică" în practica psihiatrică (ACHAINTRE și BALVET) (2).

Fără a pretinde la exhaustivitate considerăm următoarele aspecte ca pe cele mai însemnate consecințe ale apariției psihotropelor:

1. *Revoluționarea demersului terapeutic prin amendarea rapidă a simptomelor acute și ameliorarea comportamentului la nivelul posibilității de comunicare cu bolnavul: apariția „bolnavului psihic liniștit".*

2. *Reconsiderarea conceptului de spitalizare, care devine un moment tranzitoriu. Reducerea duratei internării impune în mod necesar și reluarea într-un spirit nou a problemei reinserției bolnavului psihic în societate.*

Definind readaptarea ca pe acțiunea „de a reda societății bolnavii pe care o dezordine psihică temporară sau durabilă i-a atins în organizarea existenței lor", AJURIAGUERRA și JAEGGI (8) observă că, în accepțiunea psihiatriei moderne, ea apare ca un demers ce transformă în valoare socială activitatea invalidului, oricare ar fi gradul de diferențiere sau de intensivitate al exercitării ei.

Propunîndu-și să-l pregătească în mod progresiv pentru a trăi, pe măsura sa, realitatea lumii moderne, readaptarea bolnavului psihic nu se limitează la post-cură sau formare profesională, ci tinde să-și formeze astfel subiecții, încît aceștia să poată trăi activ în orice loc și în orice circumstanță, cu o participare reală la schimburile sociale, asigurîndu-le accesul la un statut social definit.

În acest context, situația implicată în internare va cuprinde în structura ei și pregătirea externării, concepută ca o succesiune de etape spre reactivarea progresivă a activității sociale.

Același punct de vedere își găsește o analiză originală, dar nu totdeauna acceptabilă, în concepția lui P. SIVADON (269).

Readaptarea bolnavului psihic ar fi condiționată de existența unor factori psihologici:

Motivația este esențială, deoarece ea alimentează și menține dorința de a se readapta. *Securitatea* are o deosebită importanță în ceea ce privește învățarea, deoarece organismul interiorizează mode-

Scanned with OKEN Scanner

lele comportamentale care au fost trăite într-o atmosferă de securitate și le respinge pe celelalte. Relația securitate — insecuritate este fundamentală în realizarea readaptării. Bolnavul trebuie să învingă teama de nou, de gestul pe care îl va învăța, de singurătatea pe care o are de înfruntat. În aceste condiții apare un alt factor esențial al readaptării, grupul. Cercetările au demonstrat înalta valoare adaptativă a grupului restrîns, de 3—9 persoane, în cadrul căruia progresul pacientului sub aspectul învățării comportamentelor adaptative este mai substanțial și mai rapid.

În concepția lui SIVADON, noțiunea cea mai importantă în materie de readaptare ca și în învățare este cea de *model analogic.* Readaptarea constă în obișnuirea unui organism diminuat, cu condiții de viață și de muncă ce ar îngădui reinserția socială cea mai satisfăcătoare cu putință, ea pune astfel în discuție relația între organism și exigențele sociale. Problema constă în modalitatea de orientare a acestei relații, fie spre dezvoltarea unor aptitudini deficitare, fie, dacă această posibilitate lipsește, spre reducerea exigențelor mediului. Această reducție a condițiilor de viață sau de muncă poate prezenta mai multe forme: o diminuare a contactelor (cîteva ore de lucru pe săptămînă, o muncă cu jumătate de normă, frecvența crescută a pauzelor în timpul lucrului), o diminuare a exigențelor mediului (sub aspectul orarului, al randamentului). Demersul cel mai favorabil adaptării este transpunerea pe un model analogic a condițiilor de viață și de muncă accesibile în mod normal. Cu alte cuvinte, terapeutul reconstituie în forma unui model redus condițiile de viață și de lucru ale bolnavilor din perioada anterioară îmbolnăvirii, păstrînd structura situației reale pe care aceștia trebuia să o înfrunte, dar astfel modificată încît să nu inspire subiecților o teamă exagerată.

Autorul observă că principiul analogiei sau similitudinii se aplică demult în medicină (așa cum o dovedesc vaccinurile, desensibilizările, homeopatia), dar el constituie și principiul majorității metodelor pedagogice, căci ceea ce se predă elevului nu este realitatea pe care o va avea de înfruntat mai tîrziu, ci tipuri de comportament adaptate unor modele analogice al acelei realități, multiformă și cu detalii imprevizibile.

Aceste modele realizate artificial în mediu protejat corespund unor structuri ale personalității noastre, cu atît mai închegate cu cît au o istorie mai lungă în planul speciei și al individului. Aci intervine în discuție noțiunea de regresie. Autorul admite (bazîndu-se pe experimente și pe opinia generală) că orice ființă bolnavă sau handicapată ar tinde să-și regăsească echilibrul, revenind la modalități de comportament ce le reamintește pe cele din copilărie,

Scanned with OKEN Scanner

ca atare vom putea vorbi despre o geneză a structurilor comportamentale, cele mai recente fiind și cele mai fragile. Structurile comportamentale mai vechi elaborate îndelung prin experiența ancestrală, afirmă autorul, sînt înscrise în creierul nostru și este suficientă cea mai simplă incitație senzorială pentru a le evoca. Dar această evocare va fi cu atît mai ușor de realizat cu cît incitația senzorială va fi mai apropiată de experiența ancestrală. În acest sens lucrările artizanale tradiționale, modurile de existență de tip familial, contactul direct cu natura favorizează de obicei readaptarea ca dealtfel și experiența personală premorbidă a pacientului.

Cei mai importanți factori psihologici ai readaptării sînt încrederea în sine (în sensul interiorizării încrederii pe care ceilalți au arătat-o bolnavului) și energia (capacitatea de a-ți spori eforturile în fața dificultăților).

Dacă afirmațiile despre filogeneza comportamentelor caracterizate printr-un neojacksonism fără suficientă acoperire faptică sînt cel puțin discutabile (efectul pozitiv al muncii manuale nu necesită explicații în spiritul filogenetismului lui STANLEY HALL fiind satisfăcător explicat prin acțiunea procesului în prezent), utilizarea conceptului de model analogic în terapia educațională poate fi omologată, ea oferind o motivare satisfăcătoare organizării moderne a instituției psihiatrice ca sistem de antrenament pentru o inserție satisfăcătoare în realitate.

3. *Reevaluarea psihoterapiei sub diferitele ei forme.* Ca urmare a creșterii capacității de comunicare și a posibilităților de influențare sistematică a bolnavilor, tehnicile psihoterapeutice au cunoscut o autentică revalorizare. Conceptul clasic de ergoterapie a fost integrat în noțiunea mai largă de terapie ocupațională. Evidențierea și utilizarea acțiunii terapeutice a proceselor de învățare, posibilitățile sporite de a folosi în tratarea și readaptarea unui pacient devenit mai comprehensiv metodele și procedeele educației intelectuale, fizice, morale și estetice, ale educației prin și pentru muncă, folosirea colectivului ca factor de educație și socializare au condiționat extensia orientării educaționale în psihoterapie.

Numeroși autori consideră restructurarea relațiilor între chimioterapie și psihoterapie ca pe cea mai importantă consecință a revoluției psihotrope.

Astfel, ACHAINTRE și BALVET (2) prezintă noua accepție a psihoterapiei ca pe „un efect dintre cele mai remarcabile ale chimioterapiei". Degajată de obstacolul simptomelor epuizante, terapia poate implica în proiectele sale psihoterapiile, metode ce presupun o tehnică mai complexă. Autorii consideră că, utilizate concomitent acolo unde este posibil, chimioterapia și psihoterapia acționează una

Scanned with OKEN Scanner

asupra celeilalte. Medicul care se angajează într-o chimioterapie va ajunge în mod necesar la psihoterapie, reciproca fiind în aceeaşi măsură valabilă.

C. VAUTHIER (294) observă că, alături de succese spectaculare, s-a evidenţiat incapacitatea psihofarmacologiei de a rezolva prin sine însăşi dificultăţile psihologice şi existenţiale ale bolnavului, ceea ce a dus la revalorizarea aspectelor psihologice ale situaţiei de boală.

J. DELAY şi P. DENIKER (72) arată de asemenea că medicamentul, deşi joacă un rol important, nu acţionează direct. Se impune deci instituirea unei psihoterapii regulate. Terapia ocupaţională, prima etapă a tehnicilor socioterapeutice are o însemnătate capitală în readaptarea bolnavilor cronici. Chimioterapia, care practic, a suprimat agitaţia şi periculozitatea bolnavilor, favorizează utilizarea intensivă a metodelor psihoterapeutice care, la rîndul lor, contribuie la reducerea inerţiei de origine morbidă sau medicamentoasă.

B. JOLIVET (143) consideră ca factori de evoluţie ai terapeuticii psihiatrice aflată astăzi într-o perpetuă mişcare şi transformare: a) evoluţia ştiinţelor chimice şi terapeutice, autentică revoluţie care a oferit psihiatriei o terapeutică medicamentoasă renovînd în mod radical numeroase aspecte ale acestei specialităţi medicale; b) curentul ştiinţelor psihologice şi psihoterapeutice, psihoterapia fiind concepută ca acţiune a spiritului asupra spiritului în scopul terapeutic de ajutor şi restaurare; c) confluenţa celor doi factori şi ca urmare modificarea cadrelor tratamentului şi evoluţia structurilor în care se integrează terapeuticile psihiatrice şi d) progresul social în ansamblu, medicina constituind în fapt o reflectare a lumii în care se exercită. Autorul afirmă că în utilizarea tehnicilor psihoterapeutice se exprimă originalitatea terapeuticii psihiatrice.

Pornind de la observaţia că medicamentele psihotrope acţionează indirect asupra psihicului (prin intermediul unor structuri nervoase), V. PREDESCU (233) afirmă că, în complexul terapeutic trebuie să participe întregul ansamblu al relaţiilor medic—bolnav, bolnav—medicament, bolnav—mediu social, cultural şi familial, subliniind necesitatea unui raport psihoterapeutic pozitiv. Procesul psihoterapeutic ajută bolnavul „să descifreze multitudinea de simptome psihopatologice, să confrunte convingerile şi trăirile sale cu realitatea obiectivă", ceea ce duce la creşterea capacităţii şi interesului bolnavului pentru înţelegerea situaţiei şi acceptarea solicitărilor ambianţei. În acest mod se lărgeşte sfera relaţiilor cu cei din jur; bolnavul izbuteşte să se desprindă din exclusivismul claustrării în lumea interioară şi să răspundă adecvat stimulilor mediului familial şi social.

Scanned with OKEN Scanner

4. *Reorganizarea instituției psihiatrice.* Spitalul de psihiatrie, devenit o instituție „deschisă", se orientează spre lumea din afara zidurilor sale. Raportul Bouquerel, prezentat în 1956 la Congresul de la Bordeaux, consideră că viața spitalului de psihiatrie modern trebuie centrată pe trei poli: biologic, sociologic, economic. Centrul social devine centrul de atracție al „satului terapeutic", acolo se înnoadă diferite circuite de comunicație. Se organizează centre socioterapeutice, ateliere de ergoterapie. Spitalul va cuprinde în mod obligatoriu săli de lectură, săli de cursuri și de sport, discotecă, atelier fotografic, o sală de spectacole I. P. VALAS (292). B. JOLIVET (143) subliniază faptul că azilul de psihiatrie de ieri este astăzi cadrul unei terapii instituționale, problema permanentei sale deschideri spre lumea exterioară aflîndu-se în centrul preocupărilor. Aceeași opinie este împărtășită și de J. HOCHMANN și J. W. GENEVIÈVE (128). Medicamentele psihotrope au readus azilul la nivelul unei instituții terapeutice obișnuite trezindu-l din letargia instituțională.

O concepție deosebit de interesantă asupra instituției psihiatrice moderne, cu importante consecințe pentru fundamentarea unei terapii educaționale a fost prezentată de P. SIVADON (267) la al IV-lea Congres internațional de psihiatrie de la Madrid. Ea reprezintă în fapt o extrapolare la nivel instituțional a concepției sale despre readaptare.

Instituția terapeutică se definește ca un mediu protejat în interiorul căruia se stabilesc schimburi reciproce între pacient și o ambianță materială și socială artificial amenajată. Valoarea terapeutică a instituției este condiționată de variabilitatea raportului dintre cei doi factori principali ai situației date: sentimentul de securitate și gradul de realitate al situațiilor trăite de către pacient. Într-un mediu în care bolnavul beneficiază de o protecție riguroasă, adaptarea la situațiile protejate se face fără efort. Dacă pacientul este confruntat în interiorul instituției cu situații reale și de constrîngere, el le va respinge sau le va asimila riscînd în ultimul caz să se adapteze la instituție într-un asemenea grad încît să nu se mai poată desprinde din cadrele ei, să nu mai poată renunța la protecția ce i se oferă. Pentru a favoriza autonomia progresivă a pacientului trebuie să i se propună acestuia, în interiorul instituției, situații care să reproducă sub formă analogică acele situații reale pe care bolnavul va trebui să le înfrunte dincolo de zidurile spitalului.

Modelele analogice situaționale vor înfățișa sub o formă exteriorizată, redusă, simbolică, schematică, structurile relaționale ale si-

Scanned with OKEN Scanner

tuaţiilor conflictuale care nu pot fi asimilate în dimensiunile şi complexitatea lor reale.

Autorul consideră că „toate modelele relaţionale amenajate în interiorul unei instituţii, de la contactele fizioterapeutice şi pînă la psihoterapiile colective, trecînd prin gama tuturor activităţilor socioterapeutice, pot să contribuie la acţiunea terapeutică dacă sînt concepute ca modele analogice ale realităţii extrainstituţionale".

Esenţa educaţională a acestei viziuni a instituţiei psihiatrice este sesizabilă fără dificultate. Întregul demers terapeutic este conceput ca un neîntrerupt exerciţiu axat implicit pe principii didactice curente (de la simplu la complex, de la apropiat la depărtat), orientat spre învăţarea progresivă a comportamentelor şi atitudinilor necesare în relaţiile nemijlocite cu ambianţa. Subiectul se va exersa pe modele situaţionale după cum ostaşii îşi formează deprinderile de trăgători pe manechine. Reacţia la o situaţie simulată apare ca un procedeu educaţional special prin care se urmăreşte restructurarea comportamentului cu evitarea riscurilor implicate în contactul direct cu ambianţa anxiogenă sau afectogenă, traumatizantă pentru bolnav.

5. *Viziunea antropologică.* Aşa cum am arătat mai sus, numeroşi psihiatri manifestă un interes deosebit pentru problematica umană implicată în situaţia bolnavului psihic, pentru esenţa şi perspectivele sale în relaţie cu lumea. Este reevaluat statutul său ontologic, etic şi social. Sintetizînd aceste tendinţe, HOCHMANN şi GENEVIÈVE (128) consideră psihiatria în ansamblu, „specialitate deosebită de celelalte specialităţi medicale", ca pe o „antropologie în gestaţie" şi se întreabă dacă, „viitorul ei nu se confundă cu pedagogia însăşi". Autorii relevă o anumită tendinţă de a reevalua concepţiile psihiatrice ale filantropiştilor englezi şi îndeosebi pe cele ale lui TUCKE. Ei consideră că „se visează încă la o psihopedagogie care să includă psihoterapia, socioterapia şi terapia instituţională" şi preconizează o terapie instituţională sprijinită pe instituţii cît mai adecvate tratamentelor psihiatrice şi psihopedagogice, sinteză a terapiei biologice a prezentului, ergoterapiei trecutului şi psihoterapiei viitorului.

6. *Afirmarea şi dezvoltarea acţiunii diagnostico-terapeutice de echipă.* Reunind sub conducerea medicului psihiatru (clinician) medici generalişti, diferiţi specialişti în explorări funcţionale, psihologi,

Scanned with OKEN Scanner

asistenţi sociali, educatori, se recunoaşte astfel educaţiei o funcţie terapeutică, iar reprezentanţilor ei un statut profesional.

Astfel, echipa de psihopedagogie medico-socială preconizată de R. LAFON (160) cuprinde numeroşi terapeuţi cu funcţii educaţionale: educatori familiali, educatori specializaţi, educatori în mediul exterior, reeducatori ai sensori-motricităţii, reeducatori ai vorbirii, responsabili de educaţie fizică, consilieri-pedagogi, educatori pentru psihoprofilaxie, institutori specializaţi etc.

7. *Reevaluarea conceptelor de strategie şi tactică terapeutică.* Amplificarea arsenalului terapeutic de care dispune psihiatria, lărgirea şi aprofundarea interrelaţiilor între diferite metode terapeutice a determinat şi o nouă fundamentare a conceptelor de strategie şi tactică terapeutică, prin posibilitatea alcătuirii unor scheme de tratament mobile, adaptate individualităţii bio-psihice a bolnavului, ca şi fiecărei etape a evoluţiei bolii.

Referindu-se la „tactica terapeutică în psihoze, D. DENIKER (75) observă că psihoterapia dispune de tehnici noi apărute prin asocierea factorilor farmacodinamici cu factorii psihodinamici. În cadrul acestei tactici, prin tratamentul biologic se tinde la obţinerea unei ameliorări care să facă posibilă utilizarea eficientă a socioterapiei şi a psihoterapiei.

8. *Extinderea conceptului de catamneză.* Evoluţia pacientului remis sau ameliorat este influenţată activ şi după externare prin instituţii de readaptare (ateliere protejate, regimuri de activitate speciale, staţionare de zi, cursuri de reciclare), tratament de întreţinere şi control periodic prin dispensarizare astfel că s-a putut afirma că terapeutul „se externează împreună cu bolnavul“ (AJURIAGUERRA şi JAEGGI) (8), asistîndu-l în continuare pînă la realizarea unei reinserţii satisfăcătoare.

Semnificaţia acestei renovări a conceptelor şi metodelor constă mai ales în deschiderea amplă spre viaţă a teoriei şi practicii psihiatrice.

Perioada ce succede fazei acute a bolii este considerată acum ca o etapă pregătitoare pentru reîntoarcerea pacientului în ambianţa socioprofesională, la nivelul eficienţei remanente.

Această optică motivează intervenţia tehnicilor educaţionale cu obiective variate, autorizînd inserţia lor în structura strategiei terapeutice ca „instrumente terapeutice ale psihiatriei“ (H. BARUK), (20).

Scanned with OKEN Scanner

7.2. Clasificarea metodelor de terapie educaţională

Fiecare dintre laturile sau părţile componente ale procesului educaţiei îşi găseşte corespondenţe în tehnicile de terapie educaţională utilizate în psihiatria contemporană ceea ce pare a demonstra faptul că direcţiile în care se poate întreprinde influenţarea sistematică a omului sînt şi cele care condiţionează restructurarea sa în situaţii de deficit funcţional, termenii clasificării ce rezultă denumind în ultima analiză componentele oricărui demers de construcţie şi reconstrucţie a persoanei.

O astfel de taxonomie va clasifica metodele educaţional-terapeutice ca metode ce acţionează în sfera educaţiei intelectuale, fizice, morale, a educaţiei prin muncă, în colectiv şi prin colectiv, a educaţiei estetice.

7.3. Concepţii şi tehnici educaţional-terapeutice în sfera educaţiei intelectuale

7.3.1. **Învăţarea ca factor terapeutic.** O caracteristică definitorie a psihoterapiei contemporane constă în evidenţierea explicită a funcţiei terapeutice a învăţării ca şi a achiziţiilor restructurante (cunoştinţe, priceperi şi deprinderi), ce se pot obţine prin intermediul unor acte de învăţare.

Dacă boala constă în simptome „învăţate" şi în „regresie" la nivele adaptative inferioare, dacă personalitatea bolnavului este incompletă, dacă el trebuie înzestrat cu „dispozitive" psihologice care să-i înlesnească adaptarea, concluzia se impunea în chip firesc: ca vindecarea să fie completă, bolnavul trebuie să posede cunoştinţele ce-i lipsesc pentru a realiza o integrare satisfăcătoare în ambianţă, priceperile şi deprinderile implicate în funcţionarea unui comportament normal, iar ca să le posede trebuie, firește, să le înveţe. SULIVAN (citat de M. ARGYLE, 15), consideră că tulburările psihice sînt mai ales tulburări ale comportamentului social. Sub influenţa unei prăbuşiri în comportamentul social devine deficitară capacitatea „învăţării sociale" (the social learning). Sub influenţa acestei orientări s-au dezvoltat metodele terapiei de grup, tratamentul în comunitatea terapeutică (WUNG, 1962) care permite bolnavilor să practice numeroase forme de comportament social şi relaţii sociale.

Unii autori (CARTWRIGHT, WITHE, FICHTENBAUM şi DOLLARD, DEANE şi DODD) consideră că procesul de învăţare prezintă o valoare terapeutică în sine dincolo de aspectul său ocupaţional. Aceşti autori extind conceptul de învăţare la totalitatea comporta-

Scanned with OKEN Scanner

mentelor terapeutice în psihiatrie. Nu numai cunoştinţele, ci şi relaţiile sociale, comportamentul emoţional, raporturile interpersonale între bolnav şi terapeut devin procese de învăţare.

Astfel, recenzînd literatura de specialitate cu privire la psihoterapie, apărută în S.U.A., în 1968, ROSALYN DYMOND CARTWRIGHT (51), constată frecvenţa crescută a acestei orientări. „O impresie majoră care nu poate fi ocolită de persoana care urmăreşte literatura curentă, observă autoarea, este că, psihoterapia, ca domeniu de cercetare, nu formează o arie distinctă de probleme pentru care să fie necesară o diviziune specială a teoriilor şi tehnicilor. Din ce în ce mai mult este limpede că în perspectiva prezentă se consideră psihoterapia ca reprezentînd o modalitate a relaţiei diadice pentru care sînt relevante cuceririle studiului altor tipuri de relaţii sociale. În primul rînd, odată cu părăsirea concepţiei care vedea în tulburările de comportament o boală şi înlocuirea acesteia cu concepţia potrivit căreia aceste tulburări sînt nişte distorsiuni ale învăţării, întreaga literatură se referă la persoane care distrug modelele vechi şi ineficiente, reînvăţînd altele mai bune. Aceasta este în fond una dintre metodele utilizate pentru a institui astfel de schimbări. Ea apare ca relevantă în această trecere în revistă".

În acelaşi spirit, P. C. PATTERSON (216) afirmă că terapiile pot fi caracterizate şi clasificate prin dimensiunile cunoaşterii raţionale conţinute în ele pe de o parte şi prin caracterul lor personal, afectiv şi spontan, pe de altă parte. Însă, în afara oricărei clasificări, toate psihoterapiile prezintă trei trăsături comune: a) relaţia cu un terapeut care oferă bolnavului ocazia stingerii unei acţiuni reale sau a desensibilizării faţă de stimulii ameninţători prin aceea că îl ajută să-şi reducă şi să-şi stabilizeze anxietatea la un nivel care să-i îngăduie să şi-o exprime în mod explicit; b) consolidarea comportamentelor productive din punct de vedere terapeutic prin interesul, atenţia şi prietenia oferite bolnavului, c) formarea unei „provizii" de posibilităţi de a învăţa cum să alegi o relaţie interpersonală de bună calitate, relaţia cu terapeutul permiţînd bolnavului să „experimenteze" un model relaţional bazat pe sinceritate, onestitate şi încredere, prin intermediul căruia îşi va putea alege comportamentele viitoare.

Privit din această perspectivă terapeutul devine un educator în sensul deplin al cuvîntului, care predă elevului-pacient lecţii de „social learning", modelîndu-i sistematic şi consecvent comportamentul. El va debuta prin construirea unor dispozitive de comunicare cu bolnavul şi prin intermediul lor, a unui sistem relaţional, va consolida prin comuniune afectivă rezultatele obţinute, obiectivul său

Scanned with OKEN Scanner

final fiind în fapt ţelul oricărui educator: realizarea unor modele comportamentale cu valoare de exemplaritate care să îngăduie bolnavului reinserţia în societate.

7.3.2. **Terapia prin înţelegere.** Ipoteza că psihoterapia este un proces de învăţare a devenit o concluzie verificată prin cercetări experimentale întreprinse recent de un grup de cercetători de la Universitatea Yale, care au supus investigaţiei ştiinţifice problema esenţei psihoterapiei. După opinia acestor cercetători (WHITTE, FICHTENBAUM şi DOLLARD, 304) principiile învăţării sînt aplicabile la analiza conţinutului interacţiunilor verbale ale terapeutului cu pacientul în condiţiile psihoterapiei de scurtă durată (short term psychotherapy). Repetînd şi însuşindu-şi caracterizările unor stări afective (de pildă, anxietate), „predate" de către psihoterapeut sub forma unor „lecţii" pacientul poate deveni capabil să descopere şi să recunoască unele motive ale acţiunilor sale pe care le ignorase, confirmîndu-se astfel opinia lui FREUD că interpretarea transformă inconştientul în conştient şi lărgeşte eul, personalitatea. Cunoştinţele însuşite îl pot ajuta pe pacient să realizeze o discriminare conştientă între reacţiile utile adaptării şi cele care o împiedică, îngăduindu-i să-şi conformeze comportarea acestor concluzii.

Autorii afirmă că terapeutul cu orientare psihodinamică nu se limitează la înregistrarea pasivă a afirmaţiilor pacientului, oferindu-i atenţia sa comprehensivă, dar lăsîndu-l fără sprijin în ceea ce priveşte rezolvarea problemelor sale. Dimpotrivă, terapeutul este un îndrumător, el interpretează stările afective ale pacientului, le identifică şi defineşte acele trăiri emoţionale care ridică obstacole în calea funcţionării eficiente a psihicului. Ulterior, va determina pe această bază natura cunoştinţelor ce vor fi predate bolnavului, spre a-i forma capacitatea de a se înţelege pe sine, de a-şi selecta trăirile afective care vor fi nu numai înregistrate şi clasificate, ci şi provocate. Metoda a fost denumită „terapia prin înţelegere".

Terapeutul menţine atenţia bolnavului asupra anumitor probleme, durata redusă a şedinţelor impunînd o restrîngere a problemelor discutate.

Deşi psihoterapia apare în fapt ca o relaţie de predare-învăţare (teaching-learning relationship), psihoterapeutul nu va încerca să-l fixeze pe bolnav într-un şablon de idei preconcepute, ci îl va ajuta să-şi dezvolte propriile posibilităţi cu modalităţi proprii, în cadrul limitelor impuse de societate.

Cercetătorii şi-au propus să evalueze conţinutul unui dialog psihoterapeutic considerat ca relaţie de predare-învăţare şi să demonstreze că ceea ce se spune în astfel de şedinţe psihoterapeutice

Scanned with OKEN Scanner

duce spre un rezultat terapeutic. Dacă progresele sub aspectul sănătății mintale ar fi fost asemănătoare la pacienții care-și însușiseră materialul predat și la cei care nu și l-au însușit, valoarea „terapiei prin înțelegere" putea fi socotită ca discutabilă.

În acest sens, comunicările specifice terapeutului au fost studiate ca „mesaje", adoptîndu-se un termen folosit în psihologia comercială pentru analiza reclamelor. Cercetările au demonstrat că se poate măsura gradul de memorare și evocare a mesajelor din reclame de către cititorii reclamelor și relația mesajului verbal însușit cu comportamentul practic al subiectului față de produsul căruia i se făcuse publicitatea respectivă. Prin acordarea unor valori numerice, este posibil să se calculeze pentru fiecare subiect un „scor de memorare a mesajului".

În cazul de față s-a considerat că, atunci cînd pacientul repetă sau poate explica un mesaj terapeutic, dovedește prin aceasta că a învățat mesajul respectiv.

Mesajele terapeutice alese se refereau, în strînsă legătură cu tema, la anumite subiecte specifice, de pildă, la definirea și interpretarea unui motiv conștient sau inconștient. Alteori, mesajul era implicat într-o atitudine: terapeutul utiliza ironia pentru a comunica pacientului că o anumită trăire afectivă sau un anumit comportament s-au dovedit inadecvate, cînd punea la îndoială afirmațiile pacientului ori, dimpotrivă, îl încuraja să exploreze o anumită direcție. Pentru validarea ipotezei asupra efectelor terapeutice ale învățării principalelor mesaje însușite în timpul terapiei s-a utilizat o scală de sănătate mintală.

Rezultatele cercetării au arătat că pacienții care în cursul perioadei postterapeutice au demonstrat că au învățat temeinic ceea ce terapeutul le-a predat verbal sau prin intermediul dirijării comportamentului prezentau o probabilitate mai mare de a-și îmbunătăți sănătatea mintală și a manifesta un comportament adecvat mesajelor învățate decît pacienții care nu beneficiaseră de astfel de metode. Mai mult, îmbunătățirea atitudinii față de sine se corela cu o ameliorare a comportamentului social.

Evidențierea funcției terapeutice a învățării, departe de a constitui o poziție singulară, reprezintă în psihiatria contemporană o tendință și o direcție de investigare comună psihiatrilor din diferite țări.

Astfel, QUINT (238) preconizează o „terapie educațională a bolnavului neuropsihic spitalizat" și consideră că ea ar trebui să realizeze următoarele obiective: 1. recîștigarea de către pacient a abilității funcționale ca individ integrat în societate, promovarea capacității sale de a stabili relații cu cei din jur, restabilirea sentimentului

Scanned with OKEN Scanner

de autoacceptare, de aprobare a propriei conduite şi înlesnirea educaţiei generale a pacientului; 2. elaborarea planului de studii în baza căruia obiectivele astfel stabilite vor fi realizate, incluzîndu-se toate subiectele care îl interesează mai mult pe pacient şi orientînd planul în raport cu pacientul („the curriculum is patient oriented"); 3. prevederea condiţiilor unei învăţări efective printr-o motivaţie promptă şi plăcută; 4. evidenţierea în acest scop a deosebirilor existente în nivelurile de maturitate, a structurilor deprinderilor şi a experienţei anterioare; 5. facilitarea dezvoltării sub aspect emoţional, social şi al stării sănătăţii; 6. măsurarea progreselor pe baza unor criterii prestabilite. Este lesne de observat că atît obiectivele, cît şi măsurile preconizate se încadrează fără dificultate logicii profesionale şi experienţei educatorului.

Solicitarea procesului de învăţare în scopuri terapeutice, frecvent întîlnită la psihiatrii americani, nu se limitează însă numai la psihiatria din S.U.A.

Astfel, W. SCHIED şi E. GIBELS (254) aduc în discuţie punctul de vedere al unor psihiatri germani. În concepţia acestor autori, terapia în neurologie şi psihiatrie ar trebui să cuprindă toate domeniile cunoaşterii umane, ale experienţei de viaţă, eticii medicale, psihoterapiei generale şi speciale. Multe trăiri reactive anormale dispar după o simplă conversaţie cu medicul dacă acesta manifestă înţelegere faţă de bolnav şi îi încurajează nevoia de confesiune. Orice psihoterapie este condiţionată de inteligenţă, de autocritică intim corelată cu inteligenţa, de posibilitatea autoconducerii şi a acceptării de către bolnav a anumitor limitări. Dar, în multe cazuri, bolnavul nu îndeplineşte aceste condiţii, astfel că vom renunţa a-l determina să se autocanalizeze şi să se conducă el însuşi, recurgînd la un fel de educare.

Actul educaţional ar trebui să intervină aşadar acolo unde se impune compensarea unor deficite personale care împiedică manifestarea individuală a bolnavului.

Actul învăţării este solicitat sub aspect terapeutic atît în contextul terapiei individuale, cît şi al terapiei colective. În acest ultim caz accentul cade îndeosebi pe funcţia reconstructivă a colectivului ceea ce ne determină să tratăm acest grup de metode într-un paragraf special.

7.3.3. **P. Marchais şi psihoterapia raţională.** Într-o serie de studii şi comunicări, P. MARCHAIS a promovat o modalitate proprie de utilizare a cunoştinţelor în procesul terapeutic. Pornind de la ipoteza că psihoterapia trebuie să poată utiliza în aceeaşi măsură facultăţile raţionale ca şi componentele emotivo-afective (181), MARCHAIS utilizează în practică o metodă euristică, stimulînd raţiona-

Scanned with OKEN Scanner

mentul bolnavului pe măsură ce îl informează şi informîndu-l pe măsură ce, cu ajutorul raţionamentului propriu, acesta a asimilat secvenţele transmise.

Psihiatrul francez consideră că incomprehensiunea, misterul, legat de un fenomen nou, aberant faţă de gîndirea iniţială a unui subiect este o sursă intensă de anxietate. Raţionalizarea fenomenului poate fi liniştitoare chiar atunci cînd informaţiile oferite sînt discutabile sub aspectul autenticităţii. Efectul psihoterapeutic al unei cunoştinţe de tip raţional este deci manifest, chiar atunci cînd informaţia este limitată şi nu poate rezolva singură problematica terapeutică.

Relaţia bolnav-medic nu poate fi redusă exclusiv la domeniul subiectiv şi interpretativ; ea nu poate neglija preocupările obiective ale pacientului, mai ales atunci cînd acesta are o atitudine excesiv critică. Anumite aspecte ale patologiei, unele fenomene biopsihologice, unele automatisme sau disfuncţii ale raţionamentului necesită o abordare raţională.

Or, o psihoterapie este cu atît mai eficace cu cît abordează mai analitic dinamicile patogene individuale şi sociale, de unde interesul pentru o formă de tratare raţională a fenomenului intricată examenului clinic (182). În cursul convorbirilor psihoterapeutice se obţin „efecte psihoemoţionale şi sugestive ale descărcării tensiunilor emoţionale patogene". Psihoterapeutul va „cataliza" aceste efecte printr-un demers raţional, ajutîndu-l pe bolnav să-şi conştientizeze mecanismele patogene şi implicit, „să-şi mobilizeze reflexele de apărare". În acest mod pacientul care participă activ la psihoterapie va realiza maturizarea progresivă a propriei personalităţi, liberarea progresivă de sub influenţa psihoterapeutului şi facilitarea liberei alegeri.

Astfel, o raţionalizare ce satisface logica pacientului are un efect anxiolitic, facilitînd o mai bună reorganizare a componentelor psihologice, diminuînd încărcăturile emoţionale prin trecerea de la nivelul trăirii sensibile a actului la nivelul cunoaşterii intelectuale.

Aplicarea metodei presupune convorbiri repetate deoarece, iniţial, clinicianul rămîne în afara trăirii bolnavului, iar „pacientul nu poate aprecia în mod adecvat „o patologie al cărei prizonier este".

Se utilizează o metodă ipotetico-deductivă ce se sprijină pe fapta verificabilă, demersul progresînd prin confruntări succesive cu experienţele clinice trăite de pacient. Terapeutul porneşte de la analiza medico-psihologică a simptomelor şi în decursul convorbirilor „descoperă" împreună cu pacientul semnificaţia şi rolul simptomelor aparente, abstrage automatismele, precizează evoluţia tulburărilor şi raportul lor cu diferiţi factori ce compun personalitatea. Efectul anxiolitic se obţine imediat, imaginea patogenă fiind înlocuită

Scanned with OKEN Scanner

de ideea întemeiată pe o motivare raţională restructurată (182). Achiziţia intelectual-afectivă se dezvoltă şi se consolidează pe măsură ce bolnavul va deveni mai conştient de posibilităţile sale de apărare împotriva tulburărilor ce-i ameninţă echilibrul psihic, realizînd în fapt o profundă cunoaştere a personalităţii sale. Adeziunea conştientă a pacientului, asocierea expresiei actului trăit cu reflecţia subiectivă prin intermediul demersului logic şi critic corectat de terapeut pe măsura desfăşurării dialogului limitează efectele transferenţiale imputate psihanalizei şi favorizează recucerirea libertăţii de acţiune.

Aplicarea metodei este condiţionată de anumite elemente necesare: un nivel intelectual satisfăcător şi o simptomatologie care să nu inhibe facultatea de a raţiona a subiectului. Autorul subliniază strînsa interdependenţă a metodei de examenul clinic şi semiologic pe de o parte (ca sursă de informaţii asupra cărora se aplică raţionamentul) şi cu chimioterapia şi fizioterapia pe de altă parte (ca factori de pregătire pentru psihoterapie dar şi de potenţare şi consolidare a efectelor ei). Metoda a fost folosită de autor cu bune rezultate în tratamentul nevrozelor anxioase, fobiilor, obsesiilor şi depresiilor nevrotice (174).

7.3.4. **Terapia comportamentală (Behavoir Therapy).** Ca o modalitate originală de utilizare a procesului învăţării în terapia nevrozelor ne apare grupul de tehnici de condiţionare denumit de H. J. EYSENCK Behaviour therapy (terapie comportamentală). Constituită la intersecţia învăţăturii pavloviene despre activitatea nervoasă superioară şi a behaviorismului lui WATSON, teoria şi metoda sînt prezentate de iniţiatorul lor ca o infirmare experimentală a teoriilor psihanalitice, cărora li se acceptă cel mult calitatea de „caz particular" al terapiei comportamentale. Pentru EYSENCK (93) ale cărui metode terapeutice „îşi datoresc existenţa şi justificarea teoretică teoriei moderne a învăţării, provenind mai curînd de la Pavlov, Watson şi Hull decît de la Freud, Adler şi Jung, nici o psihoterapie nu este eficace dacă principiile ei nu sînt extrase din teoria învăţării".

Din perspectiva teoretică pe care o adoptă terapia comportamentală, simptomele nevrotice sînt considerate ca patternuri (structuri) de comportamente dobîndite, inadecvate. Ele nu prezintă însă aceleaşi modalităţi de formare la toţi indivizii. Dimpotrivă, oamenii, ca şi animalele, se diferenţiază în raport cu particularităţile individuale în ceea ce priveşte rapiditatea şi stabilitatea cu care formează reacţiile condiţionate. Indivizii care formează repede reacţii durabile sînt mai susceptibili să dezvolte fobii şi alte simptome de tip anxios decît cei condiţionabili cu dificultate. Sistemul nervos auto-

Scanned with OKEN Scanner

nom participă, de asemenea, la condiționarea sub aspectul reactivității la stimul măsurabilă prin gradul de întărire a răspunsului ce succede unei acțiuni. Aceste deosebiri individuale în reactivitatea sistemului autonom și în condiționare au sugerat autorului definirea a două dimensiuni ale personalității: *neuroticismul*, evidențiabil îndeosebi la indivizi cu o reactivitate autonomă intensă și *introversiunea*, caracteristică indivizilor ușor condiționabili; asocierea acestor factori oferă personalității distimice baza ei fiziologică și psihologică. La acțiunea acestor factori se adaugă și intervenția „condiționării sociale" care implică diferite modalități inhibitorii exercitate asupra unor indivizi cu modalități de reacție diferită.

O condiționare prea severă dă naștere unor reacții distimice, o condiționare prea slabă favorizează apariția reacțiilor psihopatice sau isterice. Terapeutului i se propun așadar fie indivizi cu un exces de reacții condiționate și ca atare dezadaptați ori cu deficit de condiționare datorită redusei lor capacități în acest sens. Ambele tipuri reacționale sînt rezultatul interferenței factorilor individuali (condiționabilitatea, instabilitatea sistemului autonom) și factorilor de mediu.

Indivizii sînt definiți așadar prin excesul de educație sau prin deficitul de educabilitate în relație cu factorii endogeni sau exogeni, iar simptomele nevrotice ca semne ale unei învățări ineficiente. Pornind de la această tipologie, terapia comportamentală va urmări fie stingerea răspunsurilor condiționate în exces (tabuuri, interdicții nemotivate, sisteme defensive impuse de anxietate etc.), fie formarea conexiunilor stimul-răspuns, acolo unde ele lipsesc unei adaptări eficiente.

Astfel, pentru a se atinge răspunsul nevrotic X la stimulul S, se condiționează la S un alt răspuns R, incompatibil cu X, anulîndu-se reacția inadaptată. Se realizează astfel o inhibiție reciprocă între X și R (WOLPE). Lipsa unei reacții utile (ca în enurezisul nocturn) se compensează prin formarea unei legături condiționate: sunetul unui clopot, pus în mișcare printr-un circuit electric instalat în patul copilului și care se închide la primul contact cu umiditatea va restabili prin asociere conexiunile deficitare datorită scăderii tensionale a vezicii. Astfel, simptomul este anulat prin stingerea reflexului inadaptat și formarea unui reflex condiționat adecvat.

Utilizînd învățarea la nivelul elementar al condiționării, terapeuții din școala de la Maudsley Hospital au tratat cu succes logonevroze, manifestări fobice, obsesionale, ticuri, afonii isterice etc.

Propunîndu-și să anuleze o reacție dominantă de anxietate cu reacția normală la stimulul „a se afla în public", H. G. JONES, a cărui pacientă, dansatoare, nu-și mai putea practica profesiunea, a

Scanned with OKEN Scanner

pornit de la principiul că o astfel de substituire implică prezentarea stimulului anxiogen cu o intensitate atît de slabă încît să fie tolerat fără a declanșa reacția obișnuită (principiul lui Guthrie), spre a construi un program de reeducare progresivă. Plasată într-o grădină izolată, bolnava a început prin a face exerciții pregătitoare, apoi a imaginat și executat numeroase dansuri ca și cum s-ar fi aflat în public, exersîndu-se să-și reprezinte acest public. A urmat un spectacol susținut în prezența terapeutului. Ulterior a participat cu succes la un spectacol de amatori care nu solicita o răspundere prea mare. La trei săptămîni de la începerea tratamentului, dansatoarea își exercita profesiunea în public, fără dificultate. Generalizarea treptată a stimulului, creșterea progresivă a dificultății, adaptarea treptată la situația anxiogenă prin situații intermediare acceptabile a dus la realizarea vindecării (93).

Terapia comportamentală este discutabilă prin caracterul ei îngust mecanicist și prin orientarea simptomatologică excesivă, care pierde din vedere personalitatea ca purtătoare a cauzelor și efectelor spinei patologice. Ea reprezintă însă o mărturie semnificativă asupra gradului de difuzare a orientării educaționale în terapia psihiatrică.

7.3.5. **Terapia prin instruire (School therapy. Class therapy).** Procesul de instruire în sensul propriu al cuvîntului este de asemenea folosit în scopuri terapeutice. Pătrunderea educatorilor în spitale și apariția odată cu activitatea acestora, a „serviciilor pedagogice de spital" și a pedagogiei adulților spitalizați (la care se adaugă sanatoriile pentru studenți și elevi, cu program medico-pedagogic) a conferit activității instructive un statut terapeutic recunoscut, cu efecte deosebit de pozitive în terapia afecțiunilor psihice.

Astfel S. MEYER (193) întemeiată pe experiența proprie (funcționa ca educatoare la sanatoriul de psihiatrie din Fleury les Aubrais — Franța), afirmă că: din ce în ce mai mult educatorul își va găsi locul în fiecare instituție psihiatrică, cererea depășind încă de pe acum cu mult numărul educatorilor disponibili. Se predau materiile de învățămînt curente în raport cu nivelul de cunoștințe al bolnavului și cu obiectivele pe care acesta le urmărește (simpla instruire, activitate ocupațională, pregătirea unor examene, reciclarea profesională). De la alfabetizare și pînă la bacalaureat sau la admiterea în școli administrative sau profesionale, un spectru larg de probleme ale instruirii îl solicită pe educator. Acesta aduce în instituția psihiatrică simțul său pedagogic, experiența în cunoașterea oamenilor care-i permite să se adapteze nivelului fiecăruia. Pe unii îi ajută să se mențină la un nivel relațional satisfăcător, altora le

Scanned with OKEN Scanner

înlesneşte dezvoltarea intelectuală. „Sănătatea lor mintală se ameliorează cu atît mai repede cu cît li se propune o activitate interesantă şi un scop precis".

Procesul de instruire cu finalitate terapeutică îşi găseşte un cadru propice de aplicare şi teoretizare în clinicile medico-psihologice pentru studenţii şi elevii cu afecţiuni psihice (Clinica Dupré, clinica Georges Dumas) organizate de Fundaţia „Santé des Etudiants de France".

Acţiunea perturbantă pe care o exercită boala psihică asupra capacităţii de lucru, dificultăţile de ordin intelectual, cauză sau efect al bolii, impun o interdependenţă strictă între pedagogi şi medici. Se cere pedagogilor o vocaţie certă pentru o astfel de activitate şi o pregătire specială (DONADY E. et. al.,) (82).

Bolnavii, elevi şi studenţi, lucrează în grupe de cel mult cinci persoane sub conducerea unui profesor care se adaptează oscilaţiilor şi dificultăţilor legate de starea psihică a elevilor.

Rezultatele sînt variabile, dar în toate cazurile, pozitive. Unii studenţi izbutesc să-şi termine studiile şi să se angajeze în viaţa profesională cu o mică întîrziere, dar pe deplin satisfăcător; alţii sînt orientaţi spre forme de şcolarizare mai scurte, potrivite cu eficienţa lor intelectuală. Chiar şi acei studenţi, a căror capacitate de învăţare rămîne deficitară, beneficiază de terapia prin instruire sub aspectul unei mai bune adaptări la viaţa socială.

O contribuţie importantă la fundamentarea teoretică a terapiei prin instruire aduce echipa medico-pedagogică a clinicii Dupré din Sceaux (H. DANON-BOILEAU, S. DELESALLE, P. LAB, E. LEVY) (68), care afirmă *„doctrina primatului reeducării pedagogice"* în tratamentul studenţilor schizofreni. În acord cu acest principiu fiecare bolnav este studiat în profunzime pe planul cunoştinţelor şi al modului în care le utilizează; sînt decelate lacunele şi corijate „dismecanismele învăţării". Reeducarea pedagogică reprezintă, în concepţia autorilor o „readaptare în profunzime a studentului la studiile sale", bolnavul trebuind să-şi poată continua singur învăţătura după ieşirea din clinică. Autorii consideră instruirea (în cazul de faţă la nivel universitar) „ca pe un veritabil instrument terapeutic" şi îl utilizează ca atare. Se dă o mare însemnătate activităţii de orientare şcolară şi profesională. Echipa clinicii Dupré a adus contribuţii interesante la metodica terapiei educaţionale a studenţilor cu tulburări psihice.

Scopul acţiunii pedagogice constă mai puţin în a transmite pacientului un bagaj suplimentar de cunoştinţe şi mai mult în a i-l restitui pe al lui, adeseori de foarte bună calitate, şi a-i îngădui să-l utilizeze. Acţiunea pedagogică asupra schizofrenilor se exercită mai

Scanned with OKEN Scanner

util în zona a ceea ce a fost achiziționat decît în aceea a transmiterii de noi cunoștințe, investigînd sistematic inventarul de cunoștințe al bolnavului pînă la găsirea unui teren solid. Spre deosebire de nevroticul blocat care beneficiază de schimbarea metodelor și noutatea informațiilor, schizofrenului îi este utilă îndeosebi recuperarea materialului posedat anterior. Este însă necesară mobilizarea personalității bolnavului în ansamblu.

Întemeindu-se pe rezultatele obținute în tratamentul bolnavilor psihici, studenți și elevi, echipa de psihiatri și pedagogi de la clinica Dupré admite necesitatea constituirii unei „ortopedagogii a bolilor psihice", pedagogia și medicina avînd în acest caz, după opinia autorilor, mai mult decît un simplu raport de contiguitate.

Bolnavii acordă importanță pe plan subiectiv studiului ca factor de echilibru și reușită. Evoluția bolii răstoarnă situația: ceea ce reprezenta pentru bolnav un izvor de siguranță și bucurie devine o pricină de anxietate și o dovadă a decăderii lor intelectuale. Urmează necesitatea întăririi sistemului de securitate pe care îl implică activitatea de studiu.

În ultimii ani concepția autorilor a evoluat. Într-adevăr, în prima etapă de activitate a clinicii Dupré, se considera promovarea la examene drept obiectiv unic al procesului educațional terapeutic și concomitent ca principală unitate de măsură a reducerii inhibiției și „angoasei de eșec". În prezent însă obiectivele acestui proces au devenit mai cuprinzătoare, terapeuții propunîndu-și reeducarea plenară a personalității pacienților.

Pornind de la disfuncția mecanismelor de învățare, terapeuții îl ajută pe pacient să învingă dificultățile tehnice în achiziționarea cunoștințelor, refăcînd prin exerciții de suplețe a gîndirii sistemele de cunoștințe destrămate. Mecanismele rigide și sterile pe care boala le impune subiectului ca o compensare sînt depășite și bolnavul adoptă față de munca intelectuală o atitudine de adult.

Un pas mai departe în utilizarea instruirii ca terapie îl reprezintă transformarea instituției psihiatrice în ansamblu într-o instituție de învățămînt, într-un „spital-școală", fără deosebire de nivelul cultural al pacienților. Cercetătorii americani W. N. DEANE și L. M. DODD (70), studiind aplicarea tehnicilor educaționale în reabilitarea schizofrenilor aflați în etapa de cronicizare a bolii, au propus organizarea spitalului de psihiatrie ca școală pentru reeducarea pacienților, în scopul reinserției acestora într-o viață normală, considerînd necesar ca reforma să fie extinsă prin instituirea unor programe academice oficiale.

Autorii au organizat un astfel de spital-școală, constatînd prin cercetări experimentale eficiența acestei modalități terapeutice. În-

Scanned with OKEN Scanner

stituţia a fost organizată în conformitate cu programele şcolare oficiale, utilizîndu-se tehnicile de organizare şi predare folosite curent în instituţiile de învăţămînt. Terapia de grup desfăşurată în structura unei clase a fost bine primită, pacienţilor făcîndu-le plăcere să fie trataţi ca elevi, dealtminteri fiind şi conştienţi de rolul social al şcolii ca instituţie. Informaţia culturală şi intelectuală a fost asimilată cu bunăvoinţă; ulterior, elevii şi-au manifestat dorinţa de a-şi alege ei înşişi temele lecţiilor ce urma să li se predea. Au fost organizate clase de bucătărie, muzică, dactilografie etc., fiecare elev alegîndu-şi clasa preferată. Au fost organizate şi clase „de seară" cu teme astfel alese încît să stimuleze discuţiile, cele mai apreciate dovedindu-se lecţiile de sociologie, care au îngăduit „elevilor" să abordeze numeroase probleme personale, fără a ţine seama de schemele rigide ale expunerilor didactice.

Ulterior au fost invitaţi lectori din afara spitalului, primiţi cu interes de bolnavi. S-a constituit astfel o terapie integrată structurilor şcolare (School therapy şi Class therapy).

O astfel de clinică este şi Şcoala ortogenică a Universităţii din Chicago condusă de BRUNO BETTELHEIM (36), care a redat societăţii 85% din pacienţii săi consideraţi ca incurabili, schizofreni, paranoici, depresivi, drogaţi suicidari.

În această instituţie nu se foloseşte termenul de spital sau clinică, ci de şcoală, iar medicii sînt denumiţi educatori. Şcoala-clinică oferă individului („prizonier al angoaselor sale şi al indiferenţei celorlalţi") posibilitatea „de a reînvăţa să trăiască într-o comunitate care îl acceptă şi îl înţelege" şi urmăreşte să-l ajute pe pacient de a-şi construi o nouă personalitate. Este ceea ce autorul numeşte „un mediu terapeutic total" din care au dispărut metodele brutale (chimioterapia, terapia convulsivantă), fiind înlocuite cu demersul educaţional reconstructiv.

7.3.6. **Biblioterapia.** Utilizarea cărţii ca instrument terapeutic are o istorie îndelungată. Într-unul din basmele celor „O mie şi una de nopţi" un vraci şi-a vindecat stăpînul de anxietate, prescriindu-i răsfoirea unor cărţi. În Egiptul antic, bibliotecii i se spunea „balsamul sufletului". Lui Erasmus din Rotterdam i s-a prescris împotriva furunculelor lectura unor cărţi umoristice. Mişcările rezultate din hohotele de rîs ale pacientului au dus la spargerea furunculelor. T. SAINT GEIDEN, celebru medic englez din secolul al XVII-lea recomanda pacienţilor lecturi din „Don Quijote". Un alt medic englez prescria însoţirea fiecărei reţete cu 3—4 pagini citite zilnic din Smollet (SKALLER, G) (256). Cu cărţi bune bolnavul nu are de ce să se plîngă; stă în propriile sale mîini vindecarea — scria MONTAIGNE. Autorul *Ultimelor zile ale oraşului Pompei,* BULWER

Scanned with OKEN Scanner

LYTTON propunea o clasificare a cărţilor în biblioteci nu după conţinutul lor, ci în raport cu bolile pe care acestea le-ar putea vindeca. În *Memoriile lui Pisistrate Caxton* este schiţat un adevărat tratat de biblioterapie (LASSO DE LA VEGA) (167), SKALLER (270).

Dincolo de aspectul anecdotic, cartea a devenit în etapa contemporană, prin intermediul bibliotecilor de spital, nucleul unor structuri terapeutice complexe care implică: lectura lucrărilor de informaţie generală (formă de terapie prin instruire), a operelor beletristice (Artterapie), organizarea unor lecturi sau discuţii asupra cărţilor citite (psihoterapie de grup), prilejul unor activităţi la biblioteca spitalului (terapie ocupaţională: fişarea şi aranjarea volumelor în rafturi etc.). Alegerea cărţilor adecvate fiecărui bolnav, în raport cu natura şi etapa bolii ca şi cu posibilităţile sale intelectuale şi cu nivelul său de instrucţie, urmărirea efectelor obţinute conferă acestei activităţi caracteristicile unui autentic act terapeutic, presupunînd o tehnică de aplicare, o compatibilitate profesională, indicaţii şi contraindicaţii, ca atare integrat strategiei terapeutice.

Utilizabilă în toate tipurile de spitale, biblioterapia îşi găseşte un domeniu de activitate de elecţie în instituţia psihiatrică. Puterea de sugestie a lecturii asupra afectivităţii unanim observată este utilizată în mod curent în terapia bolilor psihice, atît pentru efectul ei sedativ, cît şi curativ, educaţional, cu ecouri în concepţia de viaţă şi comportamentul bolnavului. S-a putut astfel vorbi de „biblioşoc", asemănîndu-se efectul pozitiv al unor lecturi cu tratamentele psihiatrice corespunzătoare. Astfel biblioteca spitalului de psihiatrie din Saxondale (Anglia) a organizat numeroase activităţi: cercuri dramatice, manifestări muzicale, lecturi urmate de discuţii. Se stimulează activitatea, gîndirea, dialogul. Instruirea sistematică pe care o întreprinde biblioteca, manifestările în grup pe care le-a favorizat, posibilităţile ocupaţionale pe care le-a oferit i-au conferit, la spitalul din Saxondale, şi la multe alte spitale de psihiatrie, un statut terapeutic unanim acceptat (L. ALDRICH), (9).

În mai mică măsură este prezentă în terapia educaţională psihiatrică preocuparea pentru reeducarea unor funcţii izolate ca atenţia, memoria, a unor deprinderi intelectuale de bază (lexie, grafie, calcul).

Problematica psihiatrică, axată pe totalitatea persoanei umane, se află mai rar în situaţia de a rezolva deficite localizate la nivelul unei funcţii sau al unui analizator, proprie în fapt neurologiei. Tulburarea de atenţie sau memorie, disfuncţia vorbirii apare integrată unei structuri simptomatologice variate şi beneficiază de tratamentul ce se adresează complexului nozologic în ansamblu. Balbismul

Scanned with OKEN Scanner

se manifestă în cadrul unei logonevroze sau al unui episod isteroid; el apare unor autori contemporani (C. CHEVRIE — MULLER) (56), nu ca o nevroză, ci ca patologie a relaţiilor cu ceilalţi. Se conturează tendinţa de a considera tulburarea de limbaj mai mult prin raportarea la interlocutor şi ca o structură expresivă complexă (cu elemente motorii, praxice, senzoriale), decît ca un simptom limitat la un anumit nivel al ritmului sau articulării; deficitele proceselor psihice sînt specifice cerebrasteniilor şi în acest caz se remit în procesul vindecării bolii, ori unor procese degenerative sau unor modificări cerebrale, caz în care procesul învăţării este dificil sau total ineficient şi, ca atare, acţiunea terapiei educaţionale, limitată.

Totuşi, cercetarea modalităţilor de instituire a unei ortopedagogii a deficitelor minore mnezice şi prosexice, ca şi a dinamicii proceselor psihice nu ar fi lipsită de interes. Lucrările lui D. BONNET (42) asupra creşterii eficienţei în procesul de concentrare a atenţiei prin învăţarea testului de baraj par a demonstra existenţa unor posibilităţi de antrenament funcţional, prin utilizarea probelor psihologice ca material instructiv. De asemenea, ar fi utilizabilă în acest scop şi prelucrarea experienţei metodice acumulate de ortopedagogia stărilor de subdezvoltare.

7.4. Concepţii şi tehnici educaţional-terapeutice în sfera educaţiei fizice

O evoluţie importantă prin renovare conceptuală şi semnificativă prin orientare a înregistrat, în etapa contemporană, utilizarea exerciţiului fizic în terapia psihiatrică. Depăşind viziunea tehnicistă care reducea exerciţiile fizice la dimensiunile unor manevre mecanizate, etapa actuală a conferit lecţiei de cultură fizică medicală statutul unei autentice situaţii psihoterapeutice axate nu pe un simptom izolat, ci pe întreaga problematică a personalităţii. Alături de educaţia fizică în accepţia clasică, şi-au cucerit notorietatea unele tehnici apărute anterior, dar mai puţin utilizate şi care aspiră la calitatea de „gimnastică psihică" (I. H. SCHULTZ) (242, 243), (256, 257).

Procesul evolutiv al terapiei prin exerciţiul fizic se orientează spre o sinteză a factorului fiziologic şi a celui psihologic în contextul prezenţei autocontrolului personalităţii. Elemente derivate din tehnicile Yoga sau din practicile hipnozei sînt reevaluate prin intermediul procesului învăţării şi utilizate în tratamentul tulburărilor nevrotice.

Scanned with OKEN Scanner

Terapia prin intermediul exercițiului fizic este tradițională în tratamentul afecțiunilor neuropsihice. Analepsis hipocratica constituie o reeducare; CELSIUS recomanda exercițiul fizic în readaptarea hemiplegicilor; *Ortopedia* din 1741 a lui NICOLAS ANDRY reprezintă în fapt un autentic tratat de gimnastică corectivă, iar reeducarea motrice își are în JOSEPH-CLEMENT TISSOT un precursor necontestat. LING și ZANDER codifică exercițiile terapeutice (A. GROSSIORD) (111), (116).

Procesul de diferențiere care a conturat și precizat domeniile neurologiei și psihiatriei a dus și la disocierea modalităților de utilizare a exercițiului fizic în contextul celor două terapeutici.

Deși tendința de a evita limitarea la tehnicism nu lipsește în kineziterapia contemporană (profesorul GROSSIORD consideră că reeducarea motorie care-și extinde domeniul și asupra unor aspecte de patologie respiratorie sau cardiovasculară trebuie să considere bolnavul ca factor principal și boala ca factor secundar, atribuind un loc important factorilor psihologici), reeducarea deficitului neurologic rămîne totuși axat pe simptom, procedînd prin achiziții strict localizate. Confruntat cu realitățile psihiatriei, exercițiul fizic va cunoaște o orientare deosebită, fiind utilizat ca o tehnică de reeducare a personalității integrale care transcrie pe propriul portativ marile teme ale reeducării comportamentului patologic.

Desigur că educația fizică tradițională nu-și pierde în nici un fel drepturile, rămînînd o metodă deosebit de utilă și în terapia bolilor psihice atît sub aspectul efectelor funcționale pozitive ale exercițiului în sine, cît și al organizării comportamentului. În etapa contemporană se constituie însă o modalitate de utilizare a actului de învățare în sfera exercițiului fizic specifică problematicii psihiatrice. Pe de altă parte se constituie forme originale de intersecție între educarea controlului mișcării și cea a personalității. În acest sens, conceptele de relaxare și control se evidențiază ca deosebit de productive. Conceptul de relaxare este însă insuficient definit. El apare majorității autorilor ca reprezentînd punctul de intersecție al unor factori fizici și psihici justificînd calitatea de situație psihoterapeutică și instituirea unui demers educațional, deoarece presupune o tehnică ce trebuie învățată.

AJURIAGUERRA (8) introduce în explicarea conceptului o perspectivă relațională, transferențială, valorizînd întîlnirea pe planul tonusului între terapeut și bolnav, deoarece rezistența pacientului la acțiunea psihoterapeutică se manifestă nu numai pe plan psihologic, ci și al tonicității într-o viziune integrală asupra personalității.

Scanned with OKEN Scanner

STOKVIS nu diferenţiază în relaxare relaţia interpersonală de antrenamentul pur fizic şi consideră relaxarea ca pe o „răscruce psihofiziologică" în care cele două instanţe sînt intricate (L. CHERTOCK) (1). Cît despre control, funcţia sa de echilibrare a comportamentului este unanim acceptată în fiziologia, ca şi în pedagogia contemporană. Ne referim la „inhibiţia condiţionată" pavloviană, ca şi la cerinţa educării frînelor formulată de MAKARENKO. Utilizat iniţial ca procedeu de acţiune asupra mişcării, exerciţiul este investit cu valenţe readaptative la nivelul personalităţii.

7.4.1. **Metoda reeducării corporale a funcţiilor mintale** (P. SIVADON şi F. GONTHERET). O contribuţie interesantă la constituirea unei terapii specifice psihiatriei aparţine lui P. SIVADON şi F. GONTHERET autorii sistemului de educaţie fizică ce-şi propune reeducarea corporală a funcţiilor mintale. Se urmăreşte în fapt influenţarea sistematică a comportamentului bolnavului psihic printr-o acţiune corporală (P. SIVADON şi F. GONTHERET) (268).

Autorii au realizat o sinteză între concepţiile psihanalitice cu privire la imaginea corpului şi cele ale lui PIAGET şi WALLON asupra continuităţii şi articulaţiei genetice a nivelelor senzorio-motorii şi conceptuale. Fundamentele teoretice ale sistemului (conceput în anul 1948 la clinica psihiatrică de la Ville-Evrard şi continuat în prezent la Centrul Marcelle Rivière de la Verrière, sub conducerea profesorului SIVADON) se sprijină în parte pe noţiunea de imagine a corpului, cu alte cuvinte „pe un model structural al imaginarului născut din experienţele corporale significante şi determinînd aceste experienţe ca reacţie inversă şi considerat ca nucleu al personalităţii centrate pe corp", nu ca un „artefact al personalităţii psihice subiacente", ci ca un nivel corporal de aprehensiune a personalităţii.

Se constituie astfel noţiunea de „dialog corporal", reprezentînd instituirea unui nivel corporal al schimbului între individ şi lumea exterioară.

Un alt concept teoretic fundamental al metodei este cel de „ierarhie a nivelurilor", considerat fie în sens progresiv (din perspectivă genetică), fie regresiv (sub aspectul regresiei patologice). Dialogul corporal constituie în ambele cazuri un dat esenţial. El reprezintă, sub aspect genetic, nivelul iniţial, permanent activ (incluzînd şi reacţia verbală), iar în contextul destructurării patologice, apare ca cel mai regresiv, cel mai „arhaic" nivel relaţional în raport cu lumea.

Pe acest fundament s-a instituit o terapie corporală a maladiei mintale care tinde să stabilească un dialog psihoterapeutic curativ

Scanned with OKEN Scanner

între bolnav și ambianță la acest nivel corporal. Se utilizează tehnici de natură fizio-kineziterapie, din domeniul educației fizice individuale și de grup, al activităților sportive, care prezintă în comun aspirația spre dialog, urmărind nașterea și dezvoltarea acestui dialog.

Demersul începe de la simptom care, în optica autorilor, reprezintă expresia la nivel corporal a unei anumite modalități relaționale caracteristice sub aspect patologic. Astfel, pornind de la interpretarea catatoniei ca „refuz total al dialogului gestual cu altul", asimilat sub aspect psihologic cu autismul, se va urmări, printr-un masaj general de contact, restabilirea contactului între bolnav și terapeut la un nivel foarte frust, foarte arhaic. Pe baza sentimentului de securitate astfel cucerit se va trece la diferențierea sau mai exact la medierea acestei relații prin utilizarea mișcărilor pasive, apoi a celor active. Etapa următoare implică interpunerea unui obiect (folosirea mingii) în contextul educației fizice individuale. Ulterior se introduc unul sau mai mulți participanți, care îndeplinesc rolul „celuilalt", necesar dialogului. Se trece apoi la tehnici de educație fizică în grup, ceea ce permite într-o etapă mai avansată dezvoltarea unor noțiuni mai diferențiate în același domeniu al relațiilor cu ambianța: solidaritatea de grup, opoziția de grup (față de echipa adversă într-o întrecere sportivă).

Pe aceeași axă de progres, concomitent, se conduce evoluția dialogului în raport cu cele două modalități ale spațiului și formei spațio-temporale a mișcării. Fostul catatonic sau autist va fi condus sistematic spre „abordarea, ocuparea și stăpînirea" unor spații din ce în ce mai largi. În același mod se pot realiza forme spațiale din ce în ce mai complexe și forme temporale din ce în ce mai diferențiate (de exemplu trecerea de la cadență la secvențe ritmice).

S-au elaborat programe gradate de educație fizică și o sistematizare a activităților sportive adaptate reeducării corporale a funcțiilor psihice.

Autorii precizează că nu este vorba despre un „mecanism de îngrijire", instrumentul princeps al terapiei fiind constituit în fapt de structura, legăturile funcționale, dinamica și economia intra și intergrup ale instituției terapeutice.

Se realizează astfel o reeducare moleculară a comportamentului schizofren atacîndu-se simptomul principal: pierderea contactului afectiv cu ambianța, a capacității de reflectare și „feed-back", în raport cu ceilalți, refăcîndu-se sistematic sentimentul propriului corp, al relației cu „altceva" și apoi cu „altcineva", percepția și necesitatea contactului uman.

Scanned with OKEN Scanner

Mai puțin motivate apar în structura metodei elementele de interpretare psihanalitică, manifestate îndeosebi sub forma unui genetism mai accentuat. Este destul de dificil de demonstrat relația între explicația psihanalistă și rezultatul obținut, aceasta prezentîndu-se în fapt ca exterioară metodei propriu-zise.

7.4.2. **Antrenamentul autogen (J. H. Schultz).** S-a întîmplat cu „Antrenamentul autogen" al lui J. H. SCHULTZ un fenomen întîlnit adeseori în istoria ideilor. Concepută la începutul secolului, metoda a ajuns la notorietate dincolo de jumătatea lui. Această lungă preistorie se reflectă și în conceptele pe care le vehiculează: elementele de psihoterapie rațională și de autosugestie, concentrarea, unele elemente ale teoriei hipnozei aduc în structura metodei ecourile sfîrșitului de veac al XIX-lea.

Autorul își întemeiază metoda pe o teorie a învățării. El consideră că procesul învățării „care își trage izvorul din fondul biologic primar", constituie elementul fundamental al oricărei psihoterapii. Învățarea condiționează creșterea randamentului și ca atare determină o ameliorare a existenței, iar din perspectiva personalității implică afirmarea și dezvoltarea valorilor existențiale proprii. Atunci cînd este aplicat în condiții corespunzătoare antrenamentul autogen constituie „o ortopedie psihică avînd o bază fiziologică stabilită în mod rațional" (J. H. SCHULTZ) (256, 257).

Denumirea de antrenament autogen a fost derivată din cuvintele grecești autos (prin sine însuși) și genan (a naște) și desemnează un exercițiu practicat de subiectul însuși în scopul de a induce prin exerciții fiziologice și raționale determinate o deconectare generală a organismului, care, prin analogie cu vechile teorii despre hipnoză, dar deosebită de aceasta, permite toate realizările proprii stărilor autentic sugestive. Astfel, printr-un exercițiu fizic se poate influența ansamblul organismului.

Orice exercițiu sportiv sau gimnastic are două scopuri fundamentale: creșterea capacităților vitale și reducerea deficitelor. Antrenamentul autogen urmărește de asemenea să dezvolte factorii de sănătate, randament, stăpînire de sine, relaxare, să atenueze manifestările patologice. Autorul îl aseamănă cu educația fizică considerîndu-l „o metodă de gimnastică a spiritului" aplicată concentrării. „Orice formă de viață, afirmă SCHULTZ, presupune un sistem bipolar în sînul căruia se stabilește un circuit. În planul antrenamentului autogen sistemul comportă un pol pozitiv de înaltă tensiune avînd ca obiect realitatea externă și implicînd lupta pentru cucerire și acțiune și un pol negativ care implică destinderea, relaxarea, deconectarea. El își are originea în intimitatea ființei, cîmpul său de

Scanned with OKEN Scanner

acțiune deschizîndu-se spre viața interioară. Este un „pol al elaborării" ce se opune într-un context dialectic polului acțiunii. În acest context se plasează acțiunea antrenamentului autogen.

Metoda lui SCHULTZ se prezintă ca o biruință a învățării conștiente asupra pasivității impuse subiectului de hipnoză, formă de psihoterapie care în ultimele decade ale secolului al XIX-lea își trăia apogeul. Analizînd relatările unor persoane cu spirit de opunere dezvoltat pe care hipnotizatorii nu izbutiseră să le adoarmă, SCHULTZ constată ca o particularitate comună afirmarea unei stări de calm, odihnă, echilibru psihic, securitate însoțită de modificări ale cenesteziei manifestate în apariția unor senzații de căldură și greutate. Autorul ajunge la concluzia că la baza trăirii hipnotice stau modificări caracteristice cenesteziei generale. El construiește tehnica antrenamentului autogen tocmai în direcția realizării acestei deconectări, prin sugestie specifică situațiilor de tip hipnotic, dar cu păstrarea conștiinței și prin mecanisme de învățare și autosugestie.

Procesele fiziologice sînt supuse unei acțiuni de decontractare. Procesul general de deconectare obținut prin concentrare în cadrul căruia se obține decontractarea este realizat spontan și sub control parțial în condițiile hipnozei clasice. Contribuția originală a lui SCHULTZ constă tocmai în ideea de a supune învățării procesul de decontractare a funcțiilor fiziologice. El a pornit de la ipoteza că decontractarea nu este, așa cum considerau dualiștii, un fenomen de însoțire a modificărilor psihice, ci reprezintă un element esențial al deconectării și ca atare exercitarea sistematică a decontractării va determina ansamblul deconectărilor dorite.

Antrenamentul autogen cuprinde șase teme fundamentale de acțiune care se realizează succesiv prin învățarea și aplicarea unor exerciții sistematice de concentrare a atenției. Pacientul utilizează șase „formule intenționale" pe care rostindu-le, încearcă să și le reprezinte sub forma unor imagini vizuale sau auditive. El se antrenează „să vadă idei", la hotarul dintre raționament și imaginație. În succesiunea temelor se realizează astfel decontractarea musculară (prin exerciții de determinare a senzației de greutate), decontractarea vasculară (prin exerciții de determinare a senzației de căldură), reglarea cardiacă, apoi controlul respirației, reglarea funcțiilor organelor abdominale și în final decontractarea la nivelul capului. Pacientul realizează prin această gimnastică a spiritului autocontrolul funcțiilor sale fiziologice involuntare.

Programul educațional implicat în antrenamentul autogen tinde, în viziunea autorului metodei, spre o educație integrală: autoreglarea funcțiilor corporale, dezvoltarea eficienței proceselor psihice, disciplina personală, spiritul autocritic, autocontrolul. Exercițiile

Scanned with OKEN Scanner

reproduc modelul cel mai simplu al funcției respective fără a pierde din vedere totalitatea experienței vitale. Învățarea progresează de la conștientizarea unui organ sau sistem de organe spre descoperirea funcției lor și apoi spre cucerirea capacității de control asupra funcției organice care să-i ofere subiectului posibilitatea unei reglări autogene a acestei funcții pînă la stăpînirea ei totală, instantanee, cvasi automată. Perioada de pregătire necesită 5—6 săptămîni de exerciții sistematice, urmată de o perioadă aplicativă de 3 luni.

Învățarea și utilizarea perfectă a materialului propus în acest prim ciclu dă dreptul la admiterea într-un ciclu superior conceput de autor ca un instrument pentru abordarea problemelor existențiale fundamentale, analog analizei de tip psihanalitic, dar care îl îndepărtează de exercițiul fizic. Se cere pacientului imaginarea unor culori, a unor obiecte, a unor noțiuni abstracte, a unei anumite persoane, a propriei persoane dedublate. Exercițiile ar trebui să aibă ca efect controlul vieții psihice. Ciclul superior este mai rar utilizat.

Antrenamentul autogen, metodă curentă de terapie în neuropsihiatrie, are indicații limitate, deoarece implică în mod obligatoriu colaborarea minuțioasă și perseverentă a pacienților, ca și un anumit nivel de înțelegere. Nevrozele grave, psihopatiile constituționale, formele de arierație mintală gravă nu pot fi abordate cu metoda lui SCHULTZ, tocmai datorită dificultăților pe care învățarea le-ar prezenta în aceste cazuri.

Caracterul educațional al metodei se manifestă și în intervențiile psihoterapeutice de tip rațional, pe care le implică explicarea temelor și exercițiilor. În scopul înțelegerii depline a caracterului complex al funcțiilor organice, de o deosebită importanță în contextul antrenamentului autogen, terapeutul va oferi ample informații asupra funcțiilor organice, a mecanismelor patologice care le afectează, a posibilității de a regla disfuncțiile. Pornind de la silogismul curent care consideră boala ca o expresie a disfuncției organului, terapeutul oferă soluția: reglarea funcției și deci vindecarea bolii, conferind raționamentului său, prin exercițiile efectuate și rezultatele astfel obținute", argumentul verificării în practică. SCHULTZ consideră că, în acest fel, simptomul nevrotic este învins cu propriile sale arme: experiența trăită.

Antrenamentul autogen procedează la o adevărată reeducare a nevroticilor. El face apel „la un factor de educație a voinței". Prin posibilitățile de intensificare sau diminuare a afectivității pe care le oferă exercită o acțiune de reglare asupra acesteia demonstrîndu-și utilitatea îndeosebi în diferențierea și detectarea tensiunilor afective latente. Metoda reprezintă, în intenția autorului, și un proces de „învățare a atenției".

Scanned with OKEN Scanner

Sub aspect teoretic, antrenamentul autogen aduce un aport semnificativ la teoria nevrozelor: procesul de învăţare al procedeelor de reglare a funcţiilor corporale dezvăluie mecanismele intime ale tulburărilor psihosomatice şi hipocondriace.

În acelaşi timp, prin rezultatele obţinute în modelarea şi controlul unor procese organice, metoda lui SCHULTZ extinde sfera de acţiune a educaţiei la nivelul componentelor bazale ale comportamentului.

7.4.3. **Alte contribuţii la educarea capacităţii de relaxare şi control a comportamentului.** Tot o educaţie a tonusului muscular (sau mai exact a reducţiei voluntare a tonusului muscular de odihnă denumit de fiziologi tonus rezidual) îşi propune şi metoda relaxării progresive inaugurată de americanul EDMUND IACOBSON. Mai aproape de exerciţiul fiziologic decît tratamentul autogen, metoda relaxării progresive urmăreşte sub aspect terapeutic antrenarea subiectului pentru a controla trecerea cortexului la situaţia de repaos.

Prin exerciţii de contractare pacientul trebuie să parvină la o capacitate de comandă imediată a relaxării fără a mai fi nevoit să treacă printr-o contracţie prealabilă.

Educaţia propriu-zisă constă, în domeniul senzorial, într-o conştientizare şi rafinare a simţului muscular, iar în domeniul motor, a inhibiţiei tonice voluntare (R. JARREAU) (1).

Funcţia terapeutică a actului educaţional în sfera educaţiei fizice este şi mai pregnant revelată în neuropsihiatria infantilă, unde terapia prin intermediul exerciţiului fizic capătă semnificaţia unei reale reeducări psihomotorii. G. BONVALOT-SOUBIRAN (44) pledează pentru utilitatea acestui demers la copiii cu o lateralizare defectuoasă, o dezorganizare temporo-spaţială, cu dificultăţi în însuşirea lexiei şi grafiei. Atitudinile reacţionale ce pot beneficia de reeducarea psihomotorie îmbracă două forme esenţiale: excitaţia, instabilitatea, mai ales în clasă, inhibiţie de tipul retracţiei, refuzul general sau ocazional al participării active, lipsa de atenţie care apare la anumite materii mai dificile, dar sfîrşeşte prin a se generaliza.

În afara consecinţelor unei lateralizări deficitare beneficiază de reeducarea psihomotorie tulburările motorii constituţionale sau determinate de întîrziere în dezvoltarea sistemului nervos, instabilitatea psihomotorie, copiii prea inhibaţi, cît şi cei prea dezinhibaţi, aduşi la consultaţii pentru impulsivitate, blocaje, lentoare, stîngăcie, tulburări de vorbire, hiperemotivitate, anxietate.

Reeducarea se realizează în mai multe etape. Se fac exerciţii pentru perceperea conştientă a corpului în spaţiu şi în mişcare, recunoaştere şi echilibru dreapta-stînga, executare la ordin a unor

Scanned with OKEN Scanner

modele de mişcare şi relaxare. Se trece apoi la exerciţii mai complexe de disociere a comenzii pentru relaxare, care conduc la realizarea gestului uşor, adaptat, rapid, exact, exerciţii de ritm pentru a ameliora controlul motor şi atenţia, exerciţii de destindere asociate cu scrierea. În final, se efectuează exerciţii individuale de destindere concentrativă, cu control respirator pentru a elimina reacţiile emoţionale. Relaxarea, ritmica, exerciţiile de coordonare, disociere, imitaţie, atenţie, de control al impulsivităţii, inhibiţie, constituie tehnici utilizate în reconstrucţia unui comportament motor adecvat necesităţilor adaptării la exigenţele ambianţei.

Relaxarea, sub aspect teoretic şi aplicat, apare ca temă principală a contribuţiei educaţiei fizice contemporane la constituirea unei terapii educaţionale. Interesul pentru această temă este justificat de rolul important al controlului motor în realizarea şi menţinerea echilibrului psiho-fizic. J. BERGES (31) consideră ca obiectiv comun tuturor metodelor de reeducare motorie înzestrarea copiilor cu capacitatea de a-şi utiliza în mod cît mai eficient instrumentele de expresie motorii. Armonia între elementele tonice şi cele motorii (realizată în relaţia dintre tonusul de fond şi controlul motor) condiţionează în fapt calitatea artrică (a expresiei verbale) grafică, gestuală. Corpul este concomitent „o axă în jurul căreia se structurează spaţiul şi un intermediar prin care copilul acţionează asupra mediului înconjurător, un instrument care prin eficienţa sau ineficienţa sa permite să se obţină prin acţiune un rezultat care satisface sau nu aspiraţii". Debilitatea tonico-motorie şi insuficienta achiziţie a schemei corporale au ca efect stingerea, instabilitatea, controlul imperfect, structurarea spaţială deficitară, perturbarea sensului formelor şi direcţiilor, toate acestea fiind strîns legate de disfuncţia tonusului axial, de lipsa angajamentului corporal integral. Relaxarea permite deblocajul tonic, controlul „paraziţilor" motori, educarea răspunsului tonico-motor la diferiţi stimuli şi îndeosebi instituirea controlului voinţei asupra mişcării.

Alături de relaxare, ritmul inspiră de asemenea numeroase tehnici reeducative. M. MONOD, M. JOSSERAND, H. LE BARRE (202), îl consideră ca pe „instrumentul psihoterapeutic privilegiat" în tratamentul copiilor cu lungi stagii sanatoriale, succesul său fiind justificat prin aceea că permite abordarea psihopedagogică a unor copii a căror organizare internă a fost profund tulburată de maladie la nivelul la care s-a produs această destructurare. Dinamismul personalităţii este afectat în însăşi imaginea pe care pacienţii o au despre corpul lor. Reeducarea ritmică, bazată pe respiraţie, destindere, ritm spontan are ca scop dezvoltarea armonioasă, plastică şi neuromusculară a copilului — ritmul său spontan pierdut prin lipsă

Scanned with OKEN Scanner

de exerciţii, inhibiţia neuromotorie, controlul psihic. Prin exerciţii de inhibiţie-incitaţie, de disociere, de coordonare, de destindere şi concentrare, de realizare dramatică corporală sau mimică muzicală (interpretarea corporală a unor fraze muzicale) — se realizează în fapt o remodelare a comportamentului motor. Se satisface astfel necesitatea de a reveni la un plan preverbal pentru a regăsi posibilitatea unei noi evoluţii psihice a copilului bolnav.

Trăsătura comună, definitorie pentru ansamblul tehnicilor educaţional-terapeutice ce utilizează exerciţiul fizic este tendinţa spre complexificare. Depăşind etapa tehnicismului pur gimnastic, tehnicile educaţional-terapeutice aspiră la statutul de situaţie psihoterapeutică şi psihagogică, asumîndu-şi şi sarcini de educare a personalităţii în totalitate. Mişcarea se integrează astfel persoanei, exerciţiul îşi asumă atît sfera „fizicului", cît şi sfera psihologicului, pe care le plasează în egală măsură sub controlul conştiinţei şi voinţei.

7.5. Concepţii şi tehnici educaţional-terapeutice în sfera educaţiei morale, a restructurării personalităţii şi comportamentului

Aspectul cel mai proeminent al oricărui demers educaţional terapeutic este orientarea sa etică. Restructurarea comportamentului, reeducarea personalităţii se întreprinde, fără deosebire de tehnica utilizată, în spiritul unei anumite viziuni asupra relaţiilor individului cu lumea care implică o concepţie etică, sesizabilă chiar şi atunci cînd nu este vădită.

Contribuţiile etapei contemporane a evoluţiei terapiei psihiatrice au subliniat în mod deosebit elementul de restructurare morală implicat în diferitele metode psihoterapeutice, preocupările de antropologie filozofică reprezentînd, aşa cum am mai arătat, o trăsătură caracteristică a psihiatriei vremii noastre.

7.5.1. Chitamnia lui H. Baruk. Un ecou al vechiului „regim moral" care a prezidat la înfăptuirea reformei lui PINEL stăruie în metoda chitamniei preconizată de directorul azilului psihiatric din Charenton, profesorul H. BARUK (21).

Autorul porneşte de la conceptul de conştiinţă morală, poziţie care implică o critică a instinctualismului şi biologismului antropologiei freudiene.

Violarea legilor morale, a legii omeniei şi a legii echităţii, are ca efect necesar apariţia unor grave tulburări în viaţa psihică a individului şi a unor reacţii periculoase. Intervine conştiinţa morală ultragiată, apar frămîntări insuportabile. Suferinţa morală este ana-

Scanned with OKEN Scanner

loagă suferinței corporale atunci cînd nu se respectă regulile de igienă alimentară. Nici comandamentele etice nu pot fi călcate fără consecințe patologice. Sentimentul de culpabilitate refulat prin reacția de apărare, aparent eficientă, persistă în fapt sub variate camuflaje notîndu-se uneori reacții în aparență incomprehensibile, dar care exprimă necesitatea imperioasă a justificării. Omul are de ales între două moduri de a asculta. El poate asculta de judecătorul exterior (exigențele vieții în societate), exigent sau just și echitabil, își poate folosi în mod corespunzător libertatea făcînd eforturi susținute și organizîndu-și în mod conștient conduita pentru a o înălța la nivelul unei adevărate științe a vieții, care să sintetizeze în chip armonios fericirea individuală și echilibrul social. Dar, reacția individului la comandamentele vieții sociale poate prezenta și aspecte conflictuale: individul se sustrage luptei cu dificultățile, studiului și integrării în societate pentru a asculta ordinele absolute și arbitrare ale diferitelor puteri opuse spiritului, agresive și inumane.

Din perspectiva acestei concepții tulburările psihice sînt considerate ca epifenomene ale lezării conștiinței morale, apărute fie la agresori (ca expresie a remușcărilor), fie la victime (ca efect al sentimentului de injustiție, al lipsei de comprehensiune, al deprivării afective născute din nerespectarea demnității umane). Ca o consecință logică, demersul terapeutic va fi în fapt o autentică reeducare care își va propune să redea conștiinței morale drepturile sale asupra personalității bolnavului.

În acest sens, BARUK preconizează o formă de psihoterapie denumită chitamnie (cuvînt alcătuit din combinarea cuvintelor ebraice chitah — metodă și amen, emuna — încredere). Este deci o „metodă a încrederii". Într-adevăr, încrederea în om, manifestarea multilaterală a acestei atitudini devine principiul fundamental al unui sistem de reeducare morală, înfățișat de autor ca o „terapeutică morală individuală". Convorbirea etică în cadrul unei relații pacient-terapeut construită într-un climat de comuniune, acțiunea susținută asupra familiei bolnavului, dar și reorganizarea de ansamblu a ambianței instituționale (educarea personalului medico-sanitar, adaptarea regimului de viață la exigențele imperativului chitamniei, articularea diferitelor metode terapeutice în vederea stabilirii unui contact cît mai autentic uman cu pacientul) sînt dirijate de terapeut în sensul reactivării conștiinței morale (H. BARUK (21)). Respectul față de personalitatea bolnavului, adeseori „profundă, înăbușită, mută, dar care simte și suferă", animă permanent pe terapeutul ce practică metoda chitamniei.

7.5.2. Orientarea antropologică la reformatorii contemporani ai psihanalizei și consecințele sale educațional-terapeutice (K. HOR-

Scanned with OKEN Scanner

NEY şi E. FROMM (122, 105). Viziunea etică a relaţiei individ-societate ca şi orientarea demersului terapeutic în contextul unei educaţii a acestei relaţii sînt prezente şi în gîndirea lui KAREN HORNEY, reformatoare a freudismului de pe poziţiile antropologiei culturale.

În accepţiunea lui K. HORNEY (129, 130), esenţa nevrozei nu constă, aşa cum susţine FREUD, în antagonismul ireductibil care opune pulsiunile instinctive conştiinţei morale a bolnavului, ci în conflictul individului (considerat ca un tot) cu mediul lui social.

Astfel de conflicte, fireşti cînd nu depăşesc anumite limite, constituie probleme rezolvabile atunci cînd individul este sănătos şi ca atare este capabil să înţeleagă situaţia şi să aleagă soluţia corespunzătoare, dar generează nevroze atunci cînd subiectul, datorită acţiunii unor factori sociogeni şi psihogeni, pierde capacitatea de discernămînt. Teoria libidoului şi explicaţia psihanalitică a dezvoltării sexuale a copilului sînt eliminate şi înlocuite cu conceptul de „anxietate de bază", angoasă în faţa vieţii determinată de sentimentul în faţa lumii „puternice, ostile şi ameninţătoare" (autoarea se referă la societatea capitalistă din S.U.A.).

Această stare originară nu-i apare însă KARENEI HORNEY (129) ca ireversibilă şi tocmai din această convingere decurge caracterul educaţional al terapiei pe care o preconizează. Dimpotrivă, atitudinea părinţilor, atunci cînd oferă copilului afecţiune şi sprijin, determină lichidarea anxietăţii de bază. Influenţa organizată a ambianţei devine astfel predominantă: copilul educat în mod corespunzător va coopera cu lumea în loc să se teamă de ea; traumele şi frustrările posibile vor fi acceptate mai uşor şi nu vor genera primejdiile ce li se atribuie de obicei. Individul era definit de psihanaliştii „clasici" în contextul antagonismului dintre „principiul plăcerii" şi „principiul realităţii" care menţinea persoana în condiţiile unui necontenit conflict cu ea însăşi.

K. HORNEY caută această definiţie în capacitatea individului de a purta un permanent dialog cu societatea, dialog care debutează într-adevăr prin anxietate şi căutarea securităţii, dar care poate fi orientat printr-o acţiune corespunzătoare a mediului înconjurător spre integrare şi cooperare, spre realizarea echilibrului cu societatea. Autoarea apreciază obstacolele care îl împiedică pe copil să-şi satisfacă trebuinţa sa de securitate ca fiind hotărîtoare în procesul de instalare a nevrozei. Aşadar accentul nu mai cade, ca la FREUD, pe factorii biologici şi constituţionali, ci pe condiţiile de viaţă, care modelează caracterele umane: traume fizice şi psihice, calităţi pedagogice şi trăsături caracteriale ale părinţilor, mediu familial (unit sau dezorganizat) şi pe factorii culturali.

Scanned with OKEN Scanner

K. HORNEY acordă o importanță deosebită mediului cultural ca factor etiologic al nevrozelor deoarece el influențează în mod specific alegerea normelor comportamentale astfel că „nu există o normă universală, valabilă pentru toate mediile și timpurile". Atitudinile și tipurile de sensibilitate corespund în mod diferențiat nivelurilor de evoluție tehnică, structurilor familiale, tabuurilor și imperativelor cu putere de circulație într-un anumit mediu cultural, fiecărei societăți fiindu-i propriu un anumit „tip normal", o modalitate proprie de definire a normalității, care acționează în fapt și ca model, ca sistem de referință pentru educator. Or, în concepția lui K. HORNEY, nevroza apare atunci cînd comportamentul individului prezintă o deviere prea mare de la „patternurile" comune culturii sale particulare (în sens de mediu etnologic și etiologic), deoarece diferențele culturale (de mediu social-istoric) se manifestă nu numai în actele noastre, ci și în sensibilitatea noastră.

Semnificativ pentru antropologia KARENEI HORNEY este conceptul de „personalitate nevrotică a timpului nostru", care reflectă în fapt relațiile individului cu ambianța caracteristică societății capitaliste. Nevroza „tipică" ar constitui un răspuns patologic la solicitarea competitivă din familie, școală, societate, producție, dragoste, care îl obligă pe individ să cîștige și să recîștige ceea ce dorește în fiecare clipă și împotriva celorlalți. Această competiție permanentă favorizează narcisismul (născut din „evaluarea aparențelor și căutarea succesului și prestigiului social cu orice preț") provocînd un „rău moral" perpetuu. Mediul social astfel definit reprezintă un adevărat „mediu de cultură" pentru nevroză.

Aci apare însă contradicția fundamentală a concepției lui K. HORNEY. Înfățișînd societatea capitalistă ca pe un moloh distrugător, sursă a dezechilibrului și involuției personalității, psihiatra americană postulează totuși împăcarea cu molohul, adaptarea la exigențele acestui „mediu de cultură" ca pe unica și suprema soluție a regăsirii sănătății psihice. Așa cum observă H. K. WELLS (303), în concepția acestei reformatoare a freudismului se evidențiază două tendințe contradictorii: o tendință progresistă ce se manifestă în critica teoriilor instinctualiste, mecanicist-genetice freudiene și în înlocuirea acestora cu teoria influenței mediului și a factorilor culturali și sociali dobîndiți și alta, limitată din punct de vedere ideologic și științific, manifestată în rolul hotărîtor pe care îl acordă dinamicii psihice interne. Deși elimină noțiunea de libido, ea păstrează aspirației spre securitate și satisfacție, cu care înlocuiește această noțiune, caracterul de tendință emoțională inconștientă. Aceste limite, justificate în parte prin influența exercitată de ambianța socială în care s-au structurat concepțiile considerate nu anulează pro-

Scanned with OKEN Scanner

gresul pe care îl reprezintă contribuţia lui KAREN HORNEY. Aşa cum arată C. I. GULIAN (120), psihiatra a subliniat că nu factori biologici ca deprivarea sexuală, ci situaţia femeii în societate oferă explicaţia reală a reacţiilor feminine, normale sau nevrotice. Negînd aşa-zisul „conflict între instinctul vieţii şi cel al morţii", valoarea de explicaţie a nevrozelor, ea afirmă că „în condiţii sociale bune n-ar trebui să existe nevroze".

Orientarea spre lumea înconjurătoare a psihanaliştilor disidenţi, acceptarea factorului social ca factor etiopatogenetic esenţial al nevrozei şi postularea unei psihoterapii de factură educaţională nu reprezintă un fenomen singular în psihiatria contemporană, ea caracterizează şi poziţia altor adepţi ai aşa-zisei „antropologii culturale" (ERICH FROMM, A. KARDINER, RUTH BENEDICT, B. MALINOVSKI, MARGARET MEAD) critici şi reformatori ai psihanalizei, care confruntă conceptele ei „clasice" cu achiziţiile sociologiei şi etnografiei.

Pentru ERICH FROMM (105) nevroza îşi are originea în dificultatea de a suporta sentimentul de neputinţă şi de singurătate generat de societatea capitalistă şi îndeosebi de capitalismul monopolist. Individul este solicitat de stări psihice chinuitoare pe care este silit să le refuleze, înlocuindu-le cu succedanee compensatorii care pot prezenta la unii indivizi caractere mai pronunţate manifestate într-o simptomatologie nevrotică (H. K. WELLS) (303). RUTH BENEDICT consideră că factori de nevroză pot fi şi comportamentele „deviante" de la modelul social istoriceşte constituit şi care n-au fost omologate de instituţiile culturii căreia îi aparţin. Deficitul indivizilor devianţi nu este de natură energetică, ci rezultă din faptul că „reflexele lor naturale" şi comportamentele în care acestea se manifestă n-au fost omologate de societate. Nevroticii ar fi deci, observă D. SAADA, un fel de „arieraţi afectivi" care, din diferite motive, nu s-au putut integra în structurile comportamentale cu valoare circulatorie în societatea respectivă şi nici nu au putut obţine pentru comportamentele lor particulare această valoare de circulaţie. A. KARDINER, pornind de la cercetarea pragurilor de condiţionare a oamenilor, ajunge la conceptul de „personalitate de bază" definit ca natură umană, ca personalitate individuală, ce rezultă din „comunitatea experienţelor infantile, educative şi emoţionale, din comunitatea ansamblului procedeelor de condiţionare şi învăţare ale copilului („Growth Patterns")". KARDINER formulează o teorie „circulară" a acestei influenţe: educaţia este influenţată de cultură şi la rîndul ei o condiţionează, nevroza manifestîndu-se ca deviere de la tipul normativ.

Scanned with OKEN Scanner

Reţinem în mod deosebit tendinţa adepţilor antropologiei culturale de a construi tipuri bazale, modele social-culturale ale persoanei acţionînd ca sisteme de referinţă. Raportată la aceste tipuri-etalon nevroza se defineşte ca o tulburare comportamentală, ca o conduită neintegrabilă în scara de valori a societăţii respective. Consecinţele sînt lesne previzibile: păstrînd în parte tehnicile psihanalizei clasice completate cu metodele psihologiei individuale adleriene, reformatori ai freudismului ca ERICH FROMM şi KAREN HORNEY orientează terapia spre o restructurare educaţională a relaţiilor pacientului cu societatea.

7.5.3. **V. Frankl şi logoterapia (nooterapia).** O variantă a analizei existenţiale cu evidente opţiuni educaţionale este metoda cunoscută sub numele de logoterapie. Autorul ei, VICTOR FRANKL, profesor la Universitatea din Viena, pledează pentru relaţia psihiatrie-etică şi împotriva dihotomizării în instanţe, aşa cum procedează FREUD, ceea ce are drept consecinţă depersonalizarea pacientului. El combate „reducţionismul" psihanalitic: psihanaliza manipulează pacientul ca pe un obiect, terapia transferului reprezintă o „denaturare a raportului uman psihiatru-pacient" (C. I. GULIAN), (120).

FRANKL consideră că scopul primordial al fiinţei umane nu constă în restabilirea unor stări intrapsihice prin satisfacerea pulsiunilor instinctive sau prin reconcilierea exigenţelor sinelui şi supraeului. Omul se orientează iniţial spre lumea obiectelor, lume plină de sens şi valori. În logoterapie se va vorbi deci de o „voinţă a sensului", care îl propulsează pe individ spre lumea obiectelor, spre existenţa reală. Dacă individul este frustrat de relaţia cu această lume cu „sens", singura care asigură contactul cu valorile, la el va apărea acel interes excesiv pentru lumea interioară, caracteristic personalităţii nervoase. Tendinţa spre autorealizare nu poate fi considerată ca un impuls primar, căci numai în măsura în care omul realizează sensul concret al existenţei personale se realizează pe el însuşi. „Voinţa sensului", atunci cînd suferă o frustrare îşi lasă locul unui „vid existenţial", care uneori generează stări nevrotice. Logoterapia, metodă de reeducare a nevroticilor prin intermediul comunicării nu-şi propune să ofere bolnavului un sens al propriei vieţi ci, dimpotrivă, a-l ajuta să şi-l găsească el însuşi. Logoterapeutul lărgeşte cîmpul vizual al bolnavului pentru ca el să devină conştient de toată gama de potenţialităţi a sensului şi valorilor. Pacientul învaţă că fiinţei umane nu-i este deajuns să se introspecteze în legătură cu sensul vieţii, ci trebuie să se înţeleagă pe sine însuşi, să răspundă problemelor pe care le pune viaţa şi să-şi asume responsabilităţi. Întregirea meditaţiei cu acţiunea defineşte orientarea

Scanned with OKEN Scanner

logoterapiei sub aspectul tehnicii sale educaționale, după cum postularea responsabilității ca esență a existenței umane îi definește etica (FRANKL (101)).

7.5.4. **Reeducarea personalității nevrotice în perspectiva psihiatriei dinamice.** O concepție despre dinamica proprie comportamentului stă la baza demersului terapeutic preconizat de psihiatria dinamică, generată din confruntarea behaviorismului cu psihanaliza.

În spiritul acestei orientări, comportamentul se definește prin acțiunea a șase principii dinamice: *principiul motivației* (orice comportament este dirijat spre un scop), *principiul conflictului* (comportamentul este rezultatul unui conflict între tendințele motivaționale și cele contramotivaționale), *principiul apărării* (din conflict se naște anxietatea împotriva căreia individul se apără), *principiul ontogeniei* (amintirile copilăriei exercită o influență vitală asupra comportamentului adultului și sînt repetate în transferul provocat de tratament) *principiul continuității comportamentului* (orice comportament parțial nu poate fi pe deplin înțeles decît dacă vom lua în considerare totalitatea experienței unei persoane deoarece trecutul, prezentul și viitorul persoanei respective sînt integrate unei structuri unificate. Ceea ce se întîmplă persoanei în prezent este asociat unor cauze trecute și unor scopuri motivaționale pe care persoana speră să le realizeze în viitor), *principiul evaluării mediului* (comportamentul este dependent de interpretarea de către organism a mediului său global și se adaptează la această interpretare în măsura în care demersul este întemeiat pe capacitățile sale și pe experiențele sale anterioare).

Din aceste principii decurg și semnificațiile educaționale ale terapiei utilizate. Formarea simptomului are în esență un caracter defensiv, însă aceste modalități defensive pot fi adaptative și într-un anumit sens constructive (sublimarea, identificarea) sau să exprime refuzul, neputința adaptării (proiecția, refularea, izolarea). Terapeutica ar avea deci rolul de a-l pregăti pe pacient astfel încît acesta să-și constituie modalități defensive cît mai eficiente (J. GUYOTAT (123)). Printre metodele care atenuează conflictul nevrotic și sînt dotate cu semnificații terapeutice, J. MASSERMAN (189) enumără și antrenamentul utilizat pentru a ghida și readapta organismul nevrotic în sensul învățării modalităților comportamentale care apar ca fiind cele mai utile realizării obiectivului terapeutic. Același autor critică educația exclusiv intelectualistă afirmînd că motivațiile umane, procesele de evoluție a emotivității, adaptările sociale constructive au, de asemenea, dreptul de a fi înglobate în preocupările educatorilor. Lipsa unei educații satisfăcătoare sub acest aspect se reflectă în etiologia nevrozei.

Scanned with OKEN Scanner

Orientarea existențialistă ca și cea a „antropologiei culturale" în psihiatrie s-au plasat adeseori pe poziții opuse orientării clinico-experimentale, subestimînd factorul chimioterapeutic, definitoriu pentru etapa actuală a psihiatriei care este îndeosebi epoca „revoluției psihotrope". În numele abordării esenței umane a bolnavului s-a exagerat de către unii autori rolul psihoterapiei considerîndu-se că educarea bolnavului nevrotic în sensul suportării propriei suferințe ca pe o situație firească de viață și adaptării la aceasta poate înlocui tratamentul medicamentos.

Dincolo de aspectele tehnice, demersul critic trebuie să aibă în vedere pe primul plan aspectele ideologice pe care se întemeiază tehnicile preconizate. Concepțiile la care ne-am referit postulează societatea ca pe o structură, deși criticabilă sub numeroase aspecte, nemodificabilă în esența sa. În mod paradoxal se cere individului, considerat ca victimă a molohului social capitalist, să se împace cu cel ce generează suferința sa, să se adapteze exigențelor acestei societăți, să se antreneze pentru a accepta mutilarea ca pe o necesitate. Astfel că, acceptînd funcția terapeutică a educației și utilizînd actul educațional în acest scop, terapeuții freudiști, adleriști, „dinamici", existențialiști, antropo-culturaliști etc. nu practică mai puțin o pedagogie a supunerii, a acceptării, a compromisului, a atenuării simptomului și ocolirii cauzei, a adaptării la situația de dependență față de societatea capitalistă. Se poate spune că acești pedagogi se străduiesc să-l ridice pe bolnav din pat nu pentru a-l pune pe propriile-i picioare, ci pentru a-l așeza mai bine în genunchi.

Deși concepțiile terapeuților menționați conțin numeroase observații pertinente atît sub aspectul criticii societății capitaliste, ca factor patologic implicat în frustrarea drepturilor esențiale ale persoanei umane, cît și al explicării mecanismelor psihologice ale nevrozei, deși tehnicile preconizate promovează de cele mai multe ori relația umană bazată pe simpatie și afecțiune față de bolnav, încrederea în puterea omului de a învinge dificultățile proprii, respectul pentru demnitatea umană, ele rămîn în esență grevate de limitele ideologice ale idealismului, iar spectrul lor de acțiune, ca atare, ne apare ca fiind deosebit de îngust. Bolnavul reeducat rămîne în esență un om singur care își caută locul într-o lume ostilă căutînd să o înțeleagă, dar nu să o schimbe. Or, a înțelege lumea nu reprezintă decît o etapă în procesul relațiilor individului cu lumea. O autentică educație terapeutică ar trebui să ofere pacientului sentimentul că participă la schimbarea societății, că este subiectul, demiurgul ei. Altfel, terapeutul nu face decît să înlocuiască un conflict cu alt conflict, o nevroză cu altă nevroză.

Scanned with OKEN Scanner

7.5.5. **O replică marxistă: Psihoterapia concretă** (P. BEQUART și B. MULDWORF).

O viziune marxistă a psihoterapiei ca educație terapeutică propun psihiatrii francezi P. BEQUART și B. MULDWORF (28), sub numele de psihoterapie concretă.

Autorii subliniază caracterul concret istoric al demersului psihoterapeutic. Influența unui individ asupra altuia în scopuri terapeutice este un fapt cotidian. Așa cum observă ALEXANDER și TRENCH, aspecte ca suportul emoțional, abreacția, persuasiunea, transferul sînt frecvent constatabile în relațiile curente.

În accepția autorilor psihoterapia este un demers educațional și ca atare a o limita la restaurarea echilibrului emoțional al cuiva înseamnă a-i ignora esența educațională. Demersul psihoterapeutic nu este „un mijloc de intervenție de urgență", ci vizează mult mai departe.

Conceptul care reflectă aspectul cel mai general al psihoterapiei, natura sa cea mai profundă este situația psihoterapeutică. Ea este în fapt însăși esența psihoterapiei. Relația intersubiectivă îndeplinește de asemenea o funcție esențială, ea reprezentînd în concepția autorilor „fondul comun al tuturor psihoterapiilor, nucleul lor ireductibil în jurul căruia se structurează, dincolo de forme și aparențe, unitatea și natura lor".

Însă, departe de a constitui o relație particulară, izolată și izolantă în contextul unor experiențe personale strict subiectivizate, relația psihoterapeutică se definește ca „un reflex al dramei universale" — dirijat și organizat pentru realizarea unor obiective terapeutice. Relația interindividuală privilegiată are o valoare terapeutică numai în măsura în care se manifestă ca expresie singulară a unor relee complexe de multiple relații interindividuale implicate în viața socială cu imperativele sale ideologice și economice.

Boala psihică, nevroză sau psihoză, în măsura în care este accesibilă psihoterapiei, trebuie considerată ca un proces plastic a cărui dezvoltare nu se limitează la condiționarea endogenă, ea implicînd și o condiționare istorică cu sistemul de referință în istoria interacțiunilor individ-mediu, a căror restructurare o urmărește actul psihoterapeutic, evitîndu-se însă dogmatismul sociologizant. Într-adevăr, simpla dezadaptare socială nu explică, de exemplu, în suficientă măsură tulburări cum ar fi cele din psihonevroza obsesională, deoarece mediul social nu este o entitate omogenă, stabilă și lipsită de responsabilitate. Pentru ca situația psihoterapeutică și implicit relația interindividuală să-și îndeplinească funcția terapeutică trebuie ca în desfășurarea acesteia să fie revelate și corijate mecanisme psihologice simetrice cu cele ale dezorganizării patologice.

Scanned with OKEN Scanner

Psihoterapeutul este interesat de boală ca moment singular în istoria individului (expresie plenară a interacțiunii individ-mediu), care tulbură desfășurarea acestei istorii. În acest sens propun autorii o psihoterapie concretă „utilizînd termeni ce se referă la o realitate emoțională cunoscută și resimțită de toți și care ar avea astfel șansa de a fi la îndemîna tuturor celor ce participă într-un fel sau în altul la o sarcină terapeutică".

Situația psihologică devine astfel cîmpul privilegiat în care se exercită în toate sensurile un mecanism fundamental, propriu relației interindividuale definită ca prezență activă a subiectului în societate. Demersul psihoterapeutic se desfășoară ca și cum toate modalitățile interrelației individului cu societatea sau cu individul ce o reprezintă s-ar organiza în jurul unui proces fundamental: *funcția relațională* a cărei dezorganizare duce la tulburări ale adaptării sociale.

În măsura în care boala psihică este definită ca tulburare a aptitudinii relaționale a subiectului, se impune ca un corolar definirea psihoterapiei ca reeducare a funcției de relație, situația psihoterapeutică realizînd condiția privilegiată a acestei reeducări fundamentale.

Capacitatea relațională se dezvoltă dialectic, fără a se omite baza ereditară, procesul este privit în contextul istoriei schimburilor reciproce între individ și mediu. În acest sens devine inacceptabilă explicația prin „curgere instinctuală", în fapt un nume nou pentru vechiul „elan vital". Relația nu se stabilește între „eu și eu", ci între „eu și noi" conceput în sensul pe care îl dă MARX funcției relaționale. Boala psihică intervine ca dificultate a subiectului față de altul (de „alții"), dar și față de el (ca interiorizare a unui ansamblu de relații sociale), dificultate care se poate menține în stare fluidă, nediferențiată sau poate să apară ca organizată și sistematizată conferind în ambele cazuri bolii forma unei dezadaptări sociale. În cazul nevrozei, tulburarea funcției relaționale are loc la nivelul semnificațiilor pe care subiectul nu mai este capabil să le atribuie și să le decodeze satisfăcător în sensul eficienței funcției relaționale.

Cura psihoterapeutică este o reeducare, dar psihoterapeutul nu se limitează a fi un consilier sau un director de conștiință, ci individul (reprezentant al societății) care construiește împreună cu pacientul său un microcosm social particular.

Demersul educațional terapeutic se desfășoară în două etape:

a) *Reeducarea emoțională:* prin intermediul relației cu psihoterapeutul, bolnavul izbutește să se vadă pe sine așa cum este în fapt și nu cum dorea să fie. El parcurge astfel distanța de la emo-

Scanned with OKEN Scanner

ţional la raţional sau mai exact de la un nivel emoţional inferior la un nivel raţional inferior, de la acest nivel la altul emoţional superior, iar de la acesta la altul raţional mai elaborat. Procesul educaţional se desfăşoară în sensul mişcării conştiinţei de la aparenţă la esenţă, de la superficial la profund. În acest sens, demersul reprezintă mai mult decît o reeducare emoţională pentru că implică o conştientizare, o depăşire constantă a emoţionalului prin raţional, a afectivului prin cognitiv.

La un prim nivel se produce o conştientizare de gradul I implicînd reorganizarea afectivităţii în cadrul experienţei cotidiene nemijlocite. Funcţia sa terapeutică se realizează nu numai prin efectul descoperirii logice, ci şi prin aceea că îl conduce pe bolnav spre comportamente concrete accesibile sensibilităţii sale. La un nivel superior se realizează conştientizarea de gradul II: bolnavul îşi analizează retrospectiv experienţa concretă reuşită pentru ca, pe baza concluziilor să treacă la raţionalizarea normativă. Procesul de elaborare raţională a comportamentului normal decurge astfel dintr-o experienţă nemijlocită şi nu se limitează a fi elucidarea unui transfer.

b) *Reeducare relaţională.* În această etapă se trece la reorganizarea cîmpului semnificaţiilor individuale. Orice schimb se face prin limbaj, dar cuvintele nu acţionează, în acest caz, prin conţinutul lor actual şi imediat, ci prin rezonanţele sale în ansamblul dinamicii relaţionale psihoterapeutice. De la semnificaţia de gradul I (de fapt sensul cuvintelor) ne ridicăm la semnificaţia de gradul II care creează cîmpul de semnificaţii (spaţiul implicat în dialogul pacient-terapeut şi toate evenimentele întîmplate în limitele acestui spaţiu). Dar acest cîmp de semnificaţii nu este atemporal; dimpotrivă el nu are sens decît în raport cu un sistem de referinţă care nu va fi ansamblul conceptual formal al psihanaliştilor, ci substanţa însăşi a „dramei" (în accepţia lui POLITZER, de trăire concretă a cotidianului), viaţa subiectului. Situaţia psihoterapeutică va înlesni formarea unor comportamente din ce în ce mai pertinente, mai semnificative.

Bolnavul va înţelege adevărata semnificaţie a unor comportamente pe care le considera neutre, deşi suferea datorită dezadaptării lor.

7.6. Funcţia educogenă a colectivului ca factor terapeutic

Manifestarea, unanim consemnată, a bolii psihice ca modalitate de tulburare a integrării individului în colectivitate a condus aşa cum era firesc la ideea terapeutică de utilizare a colectivului ca factor de reinserţie. Bolnavul învaţă sau reînvaţă tehnicile comporta-

Scanned with OKEN Scanner

mentului social sub influența nemijlocită a grupului, în același timp subiect al acțiunii de reintegrare exercitată asupra bolnavului și model ecologic psihosocial propus bolnavului pentru a-i facilita reinserția fără solicitarea unor tensiuni emoționale prohibitive, la nivelul microgrupului sau al instituției curative.

Posibilitățile sporite pe care medicația psihotropă le-a oferit dezvoltării contactelor sociale cu bolnavul psihic, răspîndirea conceptelor și tehnicilor microsociologice, dar și evidențierea din ce în ce mai pregnantă a motivațiilor sociale ale bolii psihice (sociogenetice, psihosociologice, socioterapeutice) au favorizat extensia tehnicilor terapeutice care utilizează funcția educogenă a colectivului în mod explicit sau implicit. J. L. MORENO, creatorul psihodramei, a putut afirma că „psihoterapia de grup reprezintă a treia revoluție în psihiatrie după înlăturarea lanțurilor bolnavilor psihici de către PINEL și descoperirea inconștientului de FREUD", apreciere discutabilă în termenii ei, dar care nu este mai puțin semnificativă pentru ilustrarea poziției acestor tehnici în scara de evaluare a terapeuticilor psihiatrice. (*„The third psychiatric revolution on the scope of psychodrams in group psychotherapy", 1964.*)

Funcția educogenă a colectivului a fost utilizată în terapia bolilor psihice sub două aspecte: în cadrul grupului (ca psihoterapie de grup) și în cadrul instituției psihiatrice (ca socioterapie sau psihoterapie a mediului).

7.6.1. **Aspecte psihagogice în psihoterapiile de grup.** Capacitatea de influențare exercitată de relațiile interindividuale asupra indivizilor implicați în interrelație nu este o descoperire recentă, ea manifestîndu-se plenar în riturile colective.

Originile metodei, în accepția sa modernă, sînt intenționat educative (BERANDE) (29); la începutul secolului nostru, J. H. PRATT utiliza discuția colectivă cu bolnavii tuberculoși în scopul informării lor asupra bolii și tratamentului și a acționării, în acest mod, asupra orientării dispoziției afective a bolnavilor.

Psihodrama lui J. L. MORENO (Viena, 1908) (206) propune subiecților o modalitate de descărcare a tensiunilor psihice, dar și o metodă de instruire în știința relațiilor interindividuale prin intermediul unor modele situaționale.

E. W. LAZELL (1919—1921) utilizează o metodă explicit instructivă, denumită dealtfel „lectură didactică". Bolnavilor schizofreni li se citesc prelegeri cu subiect psihoterapeutic; după aprecierea autorilor, grupul de „elevi" acționează ca factor de tratament.

Scanned with OKEN Scanner

Încă în 1930, S. R. SLAVSON utilizează grupuri de convorbiri și grupuri de activitate, iar L. C. MARSH (1941) conferă terapiei de grup un caracter instructiv clar; pornind de la convingerea că bolnavii trebuie priviți ca studenți, iar procesul terapeutic ca proces educațional, el ține prelegeri și cere bolnavilor să ia note, îi chestionează și îi notează în raport cu înțelegerea materialului expus, le cere punctualitate, cooperare, conduită.

Intervenția psihanaliștilor a transformat grupul într-un instrument de analiză colectivă, dar psihoterapia de grup nu poate fi considerată de proveniență psihanalitică.

Aspectul educațional în sensul utilizării unui proces de învățare nu apare însă ca explicit în toate tehnicile folosite. Uneori, psihoterapeutul își limitează demersul educațional la posibilitatea pe care o oferă pacienților de a se obișnui cu existența normală în societate, implicată în mod firesc situației terapeutice de grup, dar fără obiective directive intenționate. Alteori, dimpotrivă, grupul devine cadrul și instrumentul unui proces intenționat de învățare sau al unui antrenament gradat. V. PREDESCU și G. IONESCU (235) propun clasificarea în psihoterapie *de* grup (ansamblu de tehnici și metode psihologice și psihagogice ce vizează obiective terapeutice variate) și psihoterapie *în* grup (în care medicul are scopuri terapeutice precise, atenția lui fiind orientată spre sarcini terapeutice precise) *(op. cit.)*. Deosebirea, din punctul de vedere al solicitării factorului educațional, ar consta așadar în gradul de direcționare explicită a grupului. În fapt, toate modalitățile psihoterapiei de grup implică, după opinia noastră, un factor educațional generat de influența (explicită sau nu, intenționată sau nu) a grupului terapeutic.

Modalitățile de utilizare a grupului în terapia afecțiunilor nevrotice și psihice sînt variate, el putînd oferi un cadru adecvat oricărei metode educaționale (instructive, morale, ocupaționale, estetice) utilizate în tratamentul individual. În cadrul formelor explicit educaționale care fac obiectul expunerii de față, se manifestă principiul acțiunii paralele formulat de A. S. MAKARENKO (177) (precursor al utilizării grupului în reeducarea adolescenților cu tulburări de compontament): influența educațională se exercită paralel atît asupra colectivului, cît și asupra individului.

Grupul apare terapeutului ca un cadru adecvat desfășurării proceselor de învățare. În versiunea lui BION, practicată la Tavistock Clinic din Londra, terapeutul discuta comportamentul social al membrilor grupului și făcea unele observații asupra altor aspecte ale comportării lor. Bolnavii „învață" să conviețuiască în grup cu diferiți oameni și să aplice „tehnici sociale noi" în relațiile lor cu ambianța (M. ARGYLE) (15).

Scanned with OKEN Scanner

În același sens, ANNE ANCELIN-SCHUTZENBERGER (10) utilizează grupul pentru reeducarea capacității de readaptare a bolnavilor diminuați sub aspect fizic și psihic. Autoarea pornește de la concepția dinamică asupra individului și cîmpului său vital a lui KURT LEWIN: individul se deplasează în mijlocul unui cîmp de forțe, împins de unele, frînat de altele. Între dorințe și temeri, posibilități și realități se stabilește un echilibru fragil care la pacientul diminuat sub aspectul capacității de adaptare apare ca deosebit de precar. În cadrul grupului se propun bolnavilor situațiile mai dificile pe care vor avea să le înfrunte, multe specifice societății capitaliste: căutarea unui loc de muncă, primul contact cu patronul, adaptarea la sarcinile profesionale etc., pe care bolnavii le vor interpreta frecvent ca pe niște exerciții de comportament. În acest mod se realizează scăderea tensiunii emoționale generată de abordarea unei situații dificile și se evită situațiile conflictuale.

7.6.2. **Psihodrama (J. L. Moreno).** Elemente educaționale sînt implicate și în psihodramă. J. L. MORENO (206, 207, 208) a observat efectul catartic al jocului dramatic asupra dezechilibrului emoțional.

Psihodrama, definită de MORENO ca „știință care explorează adevărul prin metode dramatice", propune unui grup de subiecți (în cazul nostru unor bolnavi) să improvizeze un joc dramatic, oferindu-le în fapt un mijloc de a-și regăsi spontaneitatea, a cărei represiune ar fi în concepția autorului cauza tulburărilor individuale și sociale (H. EY) (91), prin exteriorizarea trăirilor psihice și îndeosebi a conflictelor. În acest mod se obține, pe de o parte, o deblocare a tensiunilor afective datorată funcțiilor catantice ale activității ludice semnalate de CARR, se realizează o destindere (LAZARUS), iar pe de altă parte se oferă bolnavului prilejul unei cunoașteri aprofundate și a unei analize a comportamentului, genezei și motivațiilor acestuia, cu consecințe importante în planul readaptării psihologice și sociale. Dacă debutează ca o metodă de cunoaștere, psihodrama devine din ce în ce mai mult un preexercițiu (K. GROS) al comportamentului adecvat (V. FELDMAN, 94).

Plecînd de la conceptul de rol, J. L. MORENO urmărește să faciliteze rezolvarea diferitelor situații conflictuale în care se poate afla individul ca urmare a contradicțiilor posibile între rolul său și „ambianța externă", între rol și individ, sau rol și grup, generînd neadaptarea indivizilor și grupurilor mici cu anumite roluri și de aci traume psihice, conflicte etc. (A. MIHU, 196). Deoarece rolul reprezintă în fapt „un comportament determinat cînd prin structura individului, cînd prin situația sa în grup în funcție de contraatitudinea celorlalți", disfuncțiile sale apar ca disfuncții ale comporta-

Scanned with OKEN Scanner

mentului intern şi extern. Situaţiile variate în care se află individul implicat în cele trei procese legate de rol: primirea rolului, jucarea sau interpretarea rolului, crearea rolului care „solicită în mod diferit fondul afectiv al fiecărui individ", fantezia, gradul de iniţiativă, participarea sa spontană şi creatoare pot fi provocate şi controlate în scopul utilizării lor terapeutice. Dar, definind în acest mod tehnica psihodramei, MORENO instituie o metodică de esenţă educaţională, familiară în aspectele ei tehnice educatoarelor care o utilizează empiric, firește cu alte motivaţii, în cadrul jocurilor de creaţie sau al dramatizărilor. Funcţia educaţională a terapeutului se exercită în psihodramă sub trei aspecte: ca regie (îndrumarea activităţii dramatice a subiecţilor în raport cu scenariul, introducerea unor „actori terapeutici" (ego auxiliari), în fond colaboratori ai terapeutului, şi uneori sugerarea temei şi rolurilor), ca terapie (direcţionarea episodică a conduitei subiecţilor, stimularea lor prin întrebări şi observaţii în scopul provocării unor „şocuri psihice şi anxiologice" (A. MIHU, 196), ca analiză (urmărirea şi coordonarea tuturor elementelor psihodramei). Subiectul este direcţionat să-şi joace propria sa dramă, realizîndu-se astfel o descărcare tensională. În acelaşi timp, ca urmare a acţiunii exercitate de terapeut sau de egoauxiliari, el este pus în faţa unor situaţii problematice fictive cu funcţie de model situaţional (episoade ale vieţii sale, dar şi situaţii opuse biografiei reale, ce-l obligă să dea replica unor roluri spre care aspiră sau pe care le respinge la modul conflictual). Manifestările spectatorilor, rîsetele, protestele, întrebările, comentariile celor din sală sporesc necunoscutele problemei, tensiunea psihică ce trebuie învinsă şi ca atare rezolvarea comportamentală a situaţiei implică un efort susţinut al subiectului cu efecte educogene certe.

Bolnavul trăieşte nemijlocit anumite situaţii pe care înainte le evita fără a le putea elimina, devine conştient de ecoul social al comportării sale sub aspectul respingerii de către grup a unor atitudini subiective, egoiste, lipsite de comprehensivitate şi de reacţia posibilă a societăţii faţă de aceste manifestări, înţelege subtextul psihologic şi social al unor dificultăţi de viaţă, învaţă să le rezolve.

7.6.3. **Psihoterapia colectivă sovietică.** O replică de pe poziţii strict clinice la metodele lui J. L. MORENO oferă psihoterapia colectivă sovietică (N. V. IVANOV, 129, 136), care militează pentru utilizarea proceselor de învăţare, dar şi a funcţiei educogene a colectivului în terapia nevrozelor.

Metoda s-a constituit pe baza lucrărilor lui BEHTEREW (care în 1904 a iniţiat convorbiri educaţional-terapeutice cu alcoolicii). TATAROVSKI (1920, tratamentul colectiv al balbismului),

Scanned with OKEN Scanner

GHILIAROVSKI (1926, psihoterapia colectivă a nevrozelor în condiții de staționar), OZERETKI (tratamentul colectiv al nevrozei obsesive), BIERMAN, DRUJININ și ITKIN (1930, 1932, 1936: psihoterapia colectivă a nevrozelor în policlinică). Din anul 1935, N. V. IVANOV și elevii săi au adus contribuții importante la fundamentarea metodei.

Psihoterapia colectivă sovietică ne apare astfel ca o tehnică educațional-terapeutică principial deosebită de tehnicile psihanalitice. Acceptînd ca principiu director primatul conștiinței, considerînd ca definitorie pentru om atitudinea sa conștientă față de realitate, psihoterapeutul sovietic privește comportamentul nevroticului ca efect al unei agresiuni patologice care nu afectează însă caracterul conștient al atitudinii pacientului.

În acest context, sarcina psihoterapiei nu mai constă în defularea unor trăiri refulate, ci în schimbarea atitudinii față de boală, în înarmarea bolnavului cu cunoștințele și trăsăturile afective necesare opoziției active față de simptomele maladiei.

Bolnavii sînt reuniți în colective nu pe baza „problemei comune" (în sens analitic), ci a comunității clinice, „analiza de grup" este înlocuită cu relația „predare-învățare", iar terapeutul exercită o funcție directivă lipsită de ambiguitățile proprii acestui rol în alte tehnici psihoterapeutice de grup. Se constituie așadar în mod explicit o situație educațională plasată într-un context terapeutic și alcătuită din următoarele momente:

1. Justificarea din punct de vedere medical a constituirii grupului de tratament (primele cunoștințe obținute de către bolnavi asupra bolii și stabilirea contactului afectiv).
2. Discutarea atitudinii bolnavilor față de boală.
3. Discutarea diferitelor variante clinice ale dinamicii nevrozei.
4. Discutarea factorilor exogeni în apariția nevrozelor și a cauzelor care împiedică vindecarea.
5. Învățarea activă de către bolnavi a metodelor de combatere a simptomelor nevrotice. Se obține activizarea personalității în direcția corectării emotivității și a comportamentului modificat de maladie, consolidarea încrederii în forțele proprii. Terapeutul se menține în sfera noțională a psihiatriei clinice și pe pozițiile concepției pavloviene asupra nevrozelor. El își ilustrează expunerile cu exemple sugestive din clinica nevrozelor referitoare la ponderea diferitelor evenimente și momente ale vieții, în patogenia nevrozei solicitînd participarea activă și conștientă a întregului colectiv la desfășurarea tratamentului.

K. K. IAKOVLEVA, R. A. ZACEPIȚKI și V. A. CEASOV (133) utilizează o autentică „programă școlară" alcătuită din cinci

Scanned with OKEN Scanner

teme: esența și cauza nevrozelor, rolul particularităților temperamentului și personalității în dezvoltarea nevrozei, particularitățile situațiilor și atitudinilor patogene ale personalității, posibilitățile și căile de prevenire a nevrozei, importanța muncii și regimului de viață pentru sănătatea psihică. Concomitent cu activitatea instructivă terapeutul desfășoară și o activitate educațională în sensul combaterii unor particularități caracteriale specifice: egocentrismul și atitudinea capricioasă a istericilor, lipsa încrederii în sine, nehotărîrea, atitudinile contradictorii la psihastenici și obsesivi. Autorii consideră grupa mixtă sub aspect nozologic mai adecvată, deoarece particularitățile caracteriale ale componenților ei se completează reciproc. Bolnavii sînt „examinați", cerîndu-li-se analiza stării proprii prin prisma cunoștințelor însușite. Ei pun întrebări sau contribuie la analiza celorlalte cazuri.

Psihoterapia colectivă se completează cu psihoterapia individuală A. A. PORTNOV și D. D. FEDOTOV, (133) consideră psihoterapia colectivă ca pe o metodă ajutătoare care creează atmosfera psihoterapeutică și constituie o condiție necesară a muncii strict individuale cu bolnavii.

7.6.4. **Terapia de mediu (socioterapiile).** Gradul extrem de complex al rețelelor interrelaționale în instituția psihiatrică modernă și posibilitățile pe care se părea că le oferă unui antrenament multilateral al comportamentului social a sugerat unor psihiatri (DAUMEZON, TOSQUELLES, SIVADON) captarea funcției educogene la nivelul spitalului de psihiatrie. Contribuțiile moderne în problema funcției modelului și analogiei au lămurit, așa cum am arătat mai sus, unele posibilități operaționale ale acestui tip de organizare (SIVADON, 267).

Spitalul devine astfel „un oraș în miniatură" (R. EY, 92), apar cluburi (Y. TEULIE, 284), cercuri de bolnavi (P. BERNARD, 34), se instituie activități productive remunerate, se oferă posibilități de a cheltui banii astfel cîștigați. Diferite modalități de relaxare sînt combinate cu munca productivă. Bolnavii participă la manifestări muzicale, dramatice etc. În anumite limite se oferă posibilități de administrare proprie prin organe alese. Numeroase funcții ale vieții normale se regăsesc în cadrul instituției curative, oferind bolnavilor posibilitatea unei readaptări nuanțate. Astfel, sub direcția profesorului P. SIVADON și a doctorului P. BERNARD cercul de bolnavi de la spitalul Ville-Evrard a fost organizat chiar de cei suferinzi. Are un birou compus din președinte, secretar, casier etc., dublați cu discreție de cîte un infirmier care intervine cînd este necesar. Apartenența la cerc implică responsabilitate, nerespectarea

Scanned with OKEN Scanner

legilor lui atrage restrîngerea frecventării pe un anumit timp. Cercul organizează jocuri (considerate nu numai ca un divertisment, ci „ca o activitate globală ce mobilizează toate energiile individului"), coruri, reprezentaţii teatrale, manifestări sportive, expoziţii de obiecte realizate. Bolnavii ascultă conferinţe ţinute de alţi pacienţi, dar şi de conferenţiari din afară. Conferinţele se referă la activitatea socială şi, pe cît posibil, la mediul bolnavilor. Cercul este afiliat la diferite grupări educative sau culturale (centre de artă dramatică etc.), este abonat la mai multe periodice şi editează el însuşi un jurnal. Există şi un fond constituit din beneficiul unor serbări, reprezentaţii, loterii, vînzări ale produselor executate în ateliere din care se finanţează cumpărarea unor instrumente muzicale, aparate de proiecţie şi filmat, echipament de sport, cărţi, toate acţiunile fiind asigurate de bolnavi. Cercului i se recunoaşte o personalitate proprie, primeşte vizite ale unor ziarişti, îşi afiliază membrii la diferite organizaţii culturale. El „realizează o legătură vie între mediul spitalului psihiatric şi societate". P. BERNARD consideră, în baza acestei experienţe, că specialiştii în reeducare nu trebuie să lipsească din spitalul psihiatric, conceput ca „centru de readaptare" şi în care se efectuează o „psihoterapie educativă" menită să aducă spitalului atît „climatul general" necesar tratamentelor biologice, cît şi „o metodă de reantrenare a comportamentului total".

La spitalul din Saint Alban, acelaşi rol este îndeplinit de „Clubul Paul Balvet" organizat de bolnavi sub denumirea de „club cooperativ" şi care a devenit centrul vieţii sociale a spitalului. El oferă bolnavilor numeroase posibilităţi de antrenament „social". Doctorul TOSQUELLE şi colaboratorii săi de la Saint Alban urmăresc înţelegerea progresivă a interrelaţiilor „ţesutului social terapeutic" al „reţelei interumane" care trebuie să redea bolnavului „coeziunea lumii sale" şi „transcendenţa personală" în această lume. Dincolo de aceste formulări mai specioase, efortul terapeutic se concentrează în sensul valorizării şi personalizării bolnavilor. Nu se evită „riturile sociale" (participarea la înmormîntarea unui pacient decedat) sau discutarea în cadrul clubului, a unor evenimente curente, tragice (sinuciderea unui bolnav) în scopul realizării antrenamentului afectiv.

7.7. Concepţii şi tehnici educaţional-terapeutice în sfera educaţiei prin muncă

Psihiatria contemporană nu s-a limitat la recunoaşterea şi consfinţirea valorii excepţionale a ergoterapiei, cea mai veche metodă de terapie a bolilor psihice; acordîndu-i un loc deosebit de impor-

Scanned with OKEN Scanner

tant, teoria şi practica psihiatrică au contribuit la dezvoltarea acestei metode fundamentale, în sensul evoluţiei demersului ergoterapeutic originar limitat la o anumită formă de muncă fizică spre o terapie ocupaţională întemeiată pe o concepţie mai largă despre activitate şi funcţiile ei educaţional-terapeutice. Unii autori (L. BONAFFÉ, A. CHAURAND, F. TOSQUELLES) (40) consideră că termenul de ergoterapie poate fi utilizat pentru a desemna un anumit aspect individual şi instrumental al terapiei ocupaţionale. În acest context ergoterapia devine matricea care a generat cultterapia cu ramurile ei (artterapia, meloterapia etc.). Reuşita terapiei prin muncă a sugerat lărgirea sferei de activitate a metodelor ocupaţionale.

Ergoterapia contemporană este una din cele mai importante beneficiare ale „revoluţiei psihotropelor". Este suficient să ne referim la CARL SCHNEIDER care, la vremea sa (1939), socotea ca pe o reuşită ergoterapică remarcabilă faptul că schizofrenicii au putut fi învăţaţi să se îmbrace singuri. Dacă comparăm acest nivel de aspiraţie din anul 1939 cu multiplele şi variatele activităţi la care sînt astăzi antrenaţi bolnavii psihici în cluburile şi cercurile din spitalele de psihiatrie putem constata cît de imens este drumul parcurs.

Aspectele definitorii ale ergoterapiei contemporane în diferite ţări cu tradiţie psihiatrică demonstrează orientarea evoluţiei acestei metode în următoarele direcţii:

1. *Extinderea programului ergoterapiei.* Funcţia ce i se conferă nu se mai limitează la distragerea atenţiei bolnavului de la preocupările patogene prin fixarea pe o anumită activitate supusă controlului.

Îi incumbă acum acestei forme de terapie „reeducarea fizică, readaptarea psihologică socială şi economică prin folosirea activităţilor manuale, educative şi recreative" (F. DAMON) (67).

Ergoterapia devine astfel nucleul unei socioterapii.

2. *Socializarea ergoterapiei.* Acţiunii terapeutice pe care o îndeplineşte munca fizică sau intelectuală i se adaugă acţiunea grupului în cadrul căruia această muncă este efectuată. Activitatea prestată justifică prezenţa bolnavului în grup şi îi conferă anumite drepturi. Bolnavul este plătit pentru munca depusă şi are posibilitatea de a-şi folosi cîştigul în scopul îmbunătăţirii existenţei sale. Munca dă bolnavului dreptul să beneficieze de diferitele forme de divertisment pe care le oferă spitalul.

Astfel P. SIVADON (266) a utilizat la spitalul Ville-Evrard aşanumitele „echipe încadrate" pe care autorul le consideră ca forma de grup social cea mai accesibilă. Aceste echipe constituie grupe omogene formate din 5 bolnavi care sub supravegherea discretă a

Scanned with OKEN Scanner

unui monitor execută o muncă simplă şi specializată. Sursele de conflict între bolnavi (care proveneau din secţii de „semi-agitaţi") erau reduse la minimum datorită omogenităţii grupei, destinaţiei sale precise, egalităţii sarcinilor repartizate şi recompenselor primite, caracterul restrîns al grupului permiţînd o bună segregare a sa. Autoritatea indiscutabilă a şefului de echipă, un program clar şi o specializare strictă asigură o bună organizare şi menţinerea constantă a grupului. Cercetările au demonstrat că randamentul unor echipe de acest fel este superior uneori celui obţinut de muncitorii sănătoşi.

În acelaşi spirit H. ZISSMAN (308) consideră ergoterapia ca „reintegrarea socială a inadaptatului care va trebui să înveţe a lucra într-un mediu social, printre alte persoane fără ca echilibrul său afectiv să fie perturbat prin prezenţa sau interacţiunea indivizilor ce compun grupul. Autoarea afirmă, exprimînd în acest mod o orientare caracteristică psihiatriei contemporane, că dezvoltarea posibilităţilor de performanţă ale bolnavului se face în funcţie de şi în cadrul evoluţiei afective a acestuia. De aceea grupul ergoterapeutic devine cadrul firesc al oricărui demers ergoterapeutic. Acest demers poate parcurge o serie de etape, de la cuplul bolnav-infirmier pînă la grupul corespunzător echipei şi atelierului şi trebuie constituit în funcţie de nivelul prezent şi în vederea evoluţiei pozitive a subiectului, obiectiv căruia îi va fi subordonată dealtfel şi modalitatea îndrumării utilizată de monitor (autoritară, paternă sau democratică).

Pornind de la aceste principii, ergoterapia devine o autentică metodică a reeducării sociabilităţii la bolnavii psihici cărora agresiunea patologică le-a limitat sau chiar le-a blocat accesul spre relaţia interpersonală.

După o primă etapă în care, izbutind să achiziţioneze în mod autonom deprinderea unor activităţi, bolnavul demonstrează că a evoluat pe plan afectiv, perioada de „resocializare" este considerată ca depăşită, prelungirea ei putînd frîna evoluţia subiectului spre autonomie. Desfăşurarea acestei evoluţii se realizează în contextul unor forme şi condiţii de activitate adaptate unor niveluri succesive ale procesului de restituţie afectivă şi intelectuală; tehnica învăţată rămîne constantă, dar condiţiile de muncă se schimbă. De la grupul restrîns la echipe mai largi, aria de lucru se extinde (ateliere mici sau mari, grădini în spaţiu închis, drumuri sau cîmpuri fără delimitare precisă). Se urmăreşte familiarizarea bolnavului cu spaţiile mai largi în care el se simte mai autonom, dar mai puţin protejat şi deci mai puţin în siguranţă. Cînd bolnavul atinge un anumit nivel de maturitate afectivă este indicat ca munca ce i se cere să

Scanned with OKEN Scanner

prezinte utilitate pentru societate şi el să fie conştient de această utilitate.

3. *Afirmarea caracterului educaţional al ergoterapiei* ne apare de asemenea ca o trăsătură caracteristică a conceptului modern de terapie prin muncă. Ergoterapia este considerată în prezent nu ca activitate desfăşurată în scopuri productive, ci ca metodă de instruire şi educare a bolnavului. În condiţiile învăţării unor tehnici profesionale şi ale utilizării lor în cadrul unei terapii directive, funcţia terapeutică a actului de învăţare, de exercitare a actului aplicativ, a comportamentului solicitat de demersul productiv colectiv se evidenţiază mult mai pregnant decît la alte metode educaţional-terapeutice. Astfel BARAHONA-FERNANDES (19) consideră că ergoterapia îşi exercită acţiunea la diferite niveluri ale personalităţii, esenţa acestei acţiuni fiind esenţialmente educaţională. Aplicarea ergoterapiei şi a altor tehnici de terapie ocupaţională realizează o redresare a psihomotricităţii prin tonificarea de postură, stimularea ritmului activităţii şi iniţiativei motrice, conservarea şi dezvoltarea automatismelor motorii. Ergoterapia exercită o acţiune pozitivă asupra afectivităţii în sensul reactivării sentimentului propriei valori, al încrederii în sine, al curajului. Ea reprezintă un exerciţiu eficient al capacităţii de concentrare a atenţiei şi al altor funcţiuni psihice. Antrenarea, reeducarea sau fixarea deprinderilor pozitive, reeducarea şi redresarea generală a personalităţii sub aspectul formării sentimentului de responsabilitate, al respectului faţă de semeni şi al acceptării obligaţiei de a munci, socializarea, dezvoltarea spiritului de grup, a spiritului colectiv, trezirea intereselor, adaptarea la aprecierea valorilor obiective, formarea regulilor de conduită, reeducarea morală, conştiinţa de sine („simţul vieţii personale") reprezintă în practica autorului efecte ale demersului ergoterapeutic. Plasînd omul în activitate şi în grup ergoterapia acţionează la mai multe niveluri; dar, fără deosebire de procesele adecvate fiecăruia dintre nivelurile considerate, se pot evidenţia anumiţi factori generali cu o acţiune nespecifică şi care îşi exercită acţiunea la toate nivelurile:

a) stimulînd funcţiile normale, deviate sau blocate ca urmare a agresiunii patologice inhibitorii;

b) reciproc, inactivînd circuitele patologice prin anularea solicitării lor în contextul vieţii psihice a bolnavului, a combaterii şi depăşirii lor de către funcţiile normale de relaţie şi în acest mod;

c) favorizînd restabilirea ritmurilor normale şi determinînd reintegrarea progresivă a funcţiilor la diferitele lor niveluri într-un tot funcţional unitar apropiat de normal.

Scanned with OKEN Scanner

În acest mod ergoterapia și terapia ocupațională acționează asupra diferitelor funcții ale omului opunîndu-se influenței patogene dezintegratoare a formațiilor morbide la nivel biologic, psihologic și spiritual prin exercițiul unor funcțiuni cu forme, ritmuri și scopuri mai integrate și mai normale.

În accepția lui K. MENNINGER (fondatorul și conducătorul Fundației Menninger de la Topeka, S.U.A., spital, școală de ergoterapie și instituție de cercetări științifice în domeniul ergoterapiei), ergoterapeutul trebuie să-l învețe arta de a trăi pe bolnavul care n-a cunoscut-o niciodată sau dacă a cunoscut-o, a uitat-o. Deoarece factorii care favorizează readaptarea bolnavului sînt cei care aparțin unei vieți sănătoase, spitalul modern trebuie să devină din ce în ce mai mult educativ (F. DAMON, 67).

Pentru P. SIVADON (cf. 308) justificarea caracterului educațional al ergoterapiei decurge din viziunea sa de inspirație jacksoniană asupra personalității. Boala psihică este considerată ca o diversitate de „niveluri de maturație". În cursul unei psihoze, bolnavul „regresează" la stadii arhaice ce se apropie de stadiile infantile, pierzîndu-și independența și capacitatea de a răspunde adecvat situațiilor ce i se prezintă, de a reacționa corect la stimulările provenite din ambianță ca și de la el însuși.

Acest fenomen de regresie este cauza perturbărilor funcțiilor de relație. Bolnavul nu se mai percepe pe sine ca subiect, individ, corp; în același mod nu sesizează pe altul ca obiect. Deoarece nu se delimitează în timp și spațiu bolnavul nu se poate exprima.

Actul ergoterapeutic va avea ca sarcină să refacă în sens invers drumul parcurs de bolnav, pornind de la stadiul infantil la care bolnavul a regresat, spre un nivel de maturație cît mai apropiat de nivelul normal corespunzător vîrstei, pregătirii școlare și experienței de viață premorbide a subiectului, fiecărui act de muncă atribuindu-i-se și o funcție reconstructivă sub aspectul restabilirii relelor sale de comunicație cu ambianța și cu sine însuși.

Astfel, prima luare de contact cu materia, cuprinderea ei în sfera conștiinței se realizează printr-o acțiune simplă: frămîntarea plastilinei. Această primă muncă a individului grav bolnav îl pune în contact cu ceva ce-i este exterior. Psihoticul stabilește în acest mod un contact cu ceva ce-i este exterior și care îi oferă posibilitatea unei „expresii în spațiu". Așa începe elaborarea noțiunii de obiect și de subiect care condiționează promovarea bolnavului la o muncă adevărată: bolnavul va putea fabrica un obiect „din afara lui însuși", va folosi uneltele. În acest stadiu se evită sarcinile dificile care depășesc nivelul său imediat de performanță, deoarece în cazul unui decalaj prea mare între exigențele mediului și posibilitățile su-

Scanned with OKEN Scanner

biectului mecanismele adaptative nu mai acţionează şi intră în joc mecanismele patologice de apărare (SIVADON). Ergoterapeutul va alege munca potrivită în raport cu gestualitatea, rapiditatea şi materialul utilizat.

Aşadar, după opinia lui SIVADON, munca privită printr-o optică terapeutică este un mijloc de maturizare.

Un punct de vedere deosebit este susţinut de psihiatrii de la St. Alban, instituţie psihiatrică bine cunoscută pentru realizările sale socioterapeutice. L. BONNAFÉ, A. CHAURAND, F. TOSQUELLE (40) afirmă că bolnavul pentru care se fixează reguli terapeutice de muncă nu reprezintă „nici o valoare umană pierdută pentru care vom organiza o „fugă în afara maladiei", caritabilă, nici o maşină a cărei funcţionare este deviată... nici un adult". Este vorba despre o fiinţă umană care, ca orice om, are drept caracteristică socială fundamentală obligaţia „de a-şi cîştiga pîinea cu sudoarea frunţii". Pentru aceşti autori, munca nu poate fi considerată ca un remediu sau ca echivalentul unei poţiuni, ci ca o conduită fundamentală a vieţii care trebuie privită în perspectiva totalităţii rolului său social, cu toate aspectele sale majore: calitate, randament, remunerare cu organizare de tip cooperativ a participării la produsul muncii, obiectiv propus bolnavului. Fiecare din aceste elemente ale procesului de muncă normal îndeplineşte o funcţie terapeutică importantă, contribuind la o „readaptare socială autentică", prilejuind noi forme de adaptare şi conferind mediului instituţional un caracter coerent.

Tot ca pe o „reeducare prin muncă" defineşte ergoterapia şi M. DONNADIEU (81). Autorul consideră că bolnavul trebuie obligat să lucreze atunci cînd se opune, această metodă contribuind la ameliorarea demnităţii sale umane.

Aspiraţiile nu se limitează însă numai la instituirea unei tehnici terapeutice utilizabilă în cadru instituţional. Pentru C. CHATAGNON şi P. CHATAGNON (55) terapia prin muncă nu reprezintă decît „un stadiu care va fi încoronat prin educaţia generală ce poate fi dată în orice instituţie spitalicească de oarecare importanţă". Datorită deficienţei sale organo-funcţionale tranzitorii bolnavul este mult mai receptiv, mai accesibil nu numai psihoterapiei, ci şi oricărei sugestii, sfat, acţiuni de convingere, oricărui învăţămînt susceptibil a-l instrui şi perfecţiona. Autorii consideră că „ideea de a introduce spiritul educaţional în sălile de spital nu este o utopie". Spitalul ar trebui să devină „o şcoală a datoriei omului faţă de om".

Psihiatria sovietică a conferit ergoterapiei un rol deosebit de important în sistemul terapiei psihiatrice. Locul muncii în societa-

Scanned with OKEN Scanner

tea sovietică, însemnătatea pe care i-o acordă concepția materialismului dialectic și istoric în procesul de formare a omului și societății ca și posibilitatea de a explica în mod științific eficiența ei terapeutică pe baza achizițiilor fundamentale ale fiziologiei pavloviste și a experienței clinice, succesele obținute prin aplicarea acestei metode, explică atenția ce se acordă terapiei prin muncă în Uniunea Sovietică (L. ROKHLINE) (243).

Psihiatrii sovietici deosebesc ocupațiile cu caracter distractiv de ergoterapie. Munca este utilizată mai ales ca un factor creator pentru activarea elementelor mai puțin afectate de agresiunea patologică. Bolnavul este sustras ideilor sale delirante, legătura cu colectivul se strînge (V. A. GHILIAROVSKI) (110). Caracterul educațional al ergoterapiei este consemnat și de psihiatrii sovietici. Prin aplicarea ergoterapiei se urmărește și „reeducarea personalității, elaborarea unor principii sănătoase în legătură cu munca la persoana respectivă și alcătuirea unui regim în care totul să favorizeze influența factorilor sugestivi pozitivi și să excludă eventualitatea traumatizării psihice". M. O. GUREVICI și M. I. SEREISKI (121) subliniază importanța educației voinței. Înțelegerea de către bolnav a utilității sociale a muncii în general și a activității proprii de ergoterapie în special, caracterul conștient al muncii efectuate este indicat de autori ca principiu al ergoterapiei sovietice.

Cele mai recente forme de ergoterapie utilizate în diferite țări ale lumii (Anglia, Canada, Australia, S.U.A.) ilustrează o evoluție a acestei metode de la munca de tip artizanal la activități de tip semiindustrial. Serviciile de ergoterapie ale unor instituții psihiatrice fac contracte cu anumite unități industriale pentru finisarea unor produse de acest fel, prin efectuarea de operații simple implicate în procesul modern de organizare a producției.

7.8. Concepții și tehnici educațional-terapeutice în sfera educației estetice

Psihiatria contemporană proclamă fără rezerve valoarea terapeutică reală pe care o reprezintă stimularea funcției de creație a bolnavilor. Creativitatea „este un fenomen primar, ireductibil la oricare altul, un fenomen specific speciei noastre. Motivațiile întemeiate pe funcțiile creativității suprasaturate de tensiuni la nivelul celor mai înalte instanțe afective ale psihicului uman au o intervenție decisivă în geneza nevrozelor" (56). Prezența blocajelor pe care realizarea planului de viață, ca act de autocreație, le poate suferi a fost identificată de numeroși autori în etiologia nevrozelor și

Scanned with OKEN Scanner

psihozelor. M. BARAHONA-FERNANDES subliniază, în cadrul colocviului „Créativité et guérison", (60) importanţa realizării de sine în procesul „vindecării psihologice". Activităţile şi obiectivele personale propuse pacienţilor sau evocate împreună cu ei ajută personalitatea bolnavă să se elibereze de tulburări. Metodele terapeutice vor fi considerate ca metode prospective, ele vor evolua în sensul expansiunii creatoare a eului şi se vor armoniza cu nevoile spirituale ale fiinţei obiective (implicînd valori socio-culturale) sau ale fiinţei subiective (implicînd obiectivele personale).

Creativitatea şi vindecarea, consideră R. MUCHIELLI (60), au ca termeni complementari maturizarea şi readaptarea. „Homo artifex" prezintă printre caracteristicile sale definitorii capacitatea de invenţie, libertatea gîndirii şi acţiunii degajată de formele stereotipe pe care i le impun structurile arhaice lipsite de consistenţă. Psihoterapia de azi urmăreşte să redea bolnavului spontaneitatea creatoare şi sensul propriei responsabilităţi. Investirea creativităţii cu funcţii de maturizare şi readaptare îi conferă o valoare terapeutică, lumea însăşi reprezentînd o creaţie continuă.

„Creativitatea ca experienţă solitară", „geniul" ca apartenenţă narcisiacă, raportată numai la sine însăşi, sînt atitudini pe care experienţa nu le validează. Dimpotrivă, realitatea evidenţiază legătura indisolubilă între creativitate şi dialogul pe care creatorul îl poartă cu semenii săi. Numai această permanentă interacţiune potenţează capacitatea de creaţie (A. LEVY-VALENSI) (60). Autoarea afirmă existenţa unei pedagogii a creativităţii ca element fundamental al relaţiei psihoterapeutice şi citînd exemple din clinica psihiatrică, subliniază faptul cunoscut că „pedagogia dialogului, educarea sentimentului prezenţei celuilalt poate debloca şi creativitatea care izvorăşte din acelaşi izvor ca şi dragostea".

Diferitele forme de creaţie şi expresie artistică s-au impus în mod firesc terapeuţilor ca domenii de elecţie ale manifestării creativităţii. Arta, observă F. REISS (240), are proprietăţi sugestive, dinamice şi constructive, adică sensibilitatea oferă afectivităţii „o hrană aleasă", echilibrează exerciţiul memoriei şi efectele unui intelectualism prea abstract. Se accentuează îndeosebi asupra funcţiei de comunicare a artei ca factor esenţial al deblocării comportamentului social. Comunicarea se stabileşte datorită cunoştinţelor tehnice implicate în ergoterapie, datorită modelajului, picturii, expresiei vocale sau gestuale, susţine CH. LEROY (60). Partea disponibilă a personalităţii morbide confruntată cu o sarcină obişnuită se poate perfecţiona odată cu progresul acesteia. Chiar dacă aceste „limbaje" nu caută intenţionat efectul estetic sau reuşita tehnică, acestea pot să apară ca supraadăugate, fiind implicate în activitate. Autorul

Scanned with OKEN Scanner

vede în această imanență a esteticului „forța dinamică proprie unei creativități umane pe care situația terapeutică o face să renască, situind-o la nivelul operei ca limbaj și schimb".

Arta este folosită în psihoterapie în două accepții: ca analiză, explorare, conștientizare, deblocare, adică în accepția ei psihologică, și ca recondiționare, reintegrare socială, readaptare, reconstrucție a eului, adică într-o accepție educațională. În primul caz se realizează contactul nemijlocit al bolnavului cu creația, se încurajează expresia spontană, se lasă bolnavului independența în percepere, opțiunea pentru o anumită temă și realizarea ei, se evită cu grijă orice formă de directivare. În al doilea caz, dimpotrivă, creația artistică este mediată de învățare, de îndrumare, de o directivare discretă, dar în schimb permanentă. Numai aceste metode se integrează explicit într-o terapie educațională.

7.8.1. Artterapia. Inițiativa utilizării desenului în terapie aparține pictorului englez ADRIAN HILL (125) care a denumit metoda: artterapie. Ea a fost aplicată pentru prima dată în perioada 1931—1944 la sanatoriul „Regele Eduard al VII-lea" din Midhurst (Sussex).

Pictor celebru și profesor de pictură, ADRIAN HILL, suferind de o gravă afecțiune pulmonară, fusese în repetate rînduri pensionarul instituției. Cu ocazia unei reinternări, pictorul a eludat regimul de repaus absolut ce i se aplica în mod obișnuit și deși aflat în plină criză, a continuat să picteze.

Efectul a fost neașteptat, obținîndu-se ieșirea din criză și ameliorarea sănătății mult mai rapid decît la internările precedente. Ajutat de dr. G. S. TODD, pictorul își recrutează elevi printre pacienții sanatoriului. Rezultatele sînt deosebit de spectaculare, bolnavii își suportă mult mai ușor suferințele, crește numărul ameliorărilor și vindecărilor. În sanatoriu ia ființă o adevărată școală de pictură, se organizează expoziții, se țin prelegeri de artă. HILL își definește metoda ca „învățare sau incitare a individului spre desen sau pictură", folosindu-se „nevoia umană instinctivă de creație".

Așa s-a născut cartea *Arta împotriva bolii* care a determinat un adevărat curent de opinie.

Interesul pentru producțiile plastice ale bolnavilor psihici precede cu aproape patru decenii inițiativa lui HILL, dar el se circumscrie în limitele investigației psihologice și psihopatologice. Preocupat îndeosebi de cunoașterea bolnavului, urmărind să-i ofere posibilități de expresie liberă în scopul anulării blocajelor și reinserției sociale, psihiatrul se orientează în mod firesc spre desenul spontan evitînd instruirea artistică în sensul preconizat de HILL. El preferă

Scanned with OKEN Scanner

„desenul liber executat în spital de bolnav fără un scop prestabilit" considerat „principalul obiect cu valoare pentru artterapie" (C. ENĂCHESCU, 90). În unele variante se cere totuşi colaborarea unui profesor de desen sau pictor, „pentru eventualele instrucţiuni tehnice". În general însă, interesează tocmai expresia spontană, simbolismul viziunii asupra realităţii la „indivizi lipsiţi de talent şi fără o cultură plastică sau cunoştinţe tehnice în această direcţie". Aspectul propriu-zis educaţional apare aşadar ca implicit, complementar activităţii în sine, caracterului de regim ocupaţional conferit acestei forme de activitate, declanşării funcţiei de creaţie a bolnavilor.

Educaţia îşi reia însă integral drepturile sub aspectul instrucţiei artistice. Astfel, la laboratorul de artă psihopatologică al Clinicii de psihiatrie din Paris, M. BERGERON şi R. VOLMAT (30), iniţiatorii unei metode colective de artterapie, completează şedinţele de creaţie cu prelegeri de estetică, tehnică a picturii şi istoria artelor, ţinute de cei doi pictori afectaţi laboratorului. Se vizionează lucrările bolnavilor şi se fac aprecieri asupra fondului reprezentat, tehnicii utilizate; sînt folosite în scop psihoterapeutic discuţiile asupra vieţii şi operei unor pictori cunoscuţi. Deşi în principiu autorii consideră că terapeutul trebuie să-şi păstreze neutralitatea şi să evite instrucţia, cei doi pictori exercită în fapt şi funcţiile unor consilieri de specialitate, oferindu-şi îndrumarea atunci cînd le este solicitată.

7.8.2. **Meloterapia (muzicoterapia).** Funcţia terapeutică a muzicii în tratamentul bolilor psihice a fost consemnată încă din perioada clasică a psihiatriei[1].

Modificările senzoriale determinate de muzică, observă A. FERNANDES ZOILA, sînt generate de „stări afective de însoţire", de

[1] Lucrările lui *A. Laurent* (Quelques observations relatives à l'influence de la musique sur les aliénés., An. med. psych., 1860), *Brière de Boismont, H. Chomat* (Effets et influence de la musique sur la santé et la maladie, Paris, 1874), lucrările lui *C. Colomb* asupra efectelor curative ale muzicii prin acţiunea sa fiziologică (1880), au propus atenţiei terapeuţilor o temă pe care ulterior o reiau numeroşi autori din diferite ţări (*L. Demouchy*, La valeur thérapeutique de la musique, Aesculape, Paris, 1912; *Elson*, The real of music, Londra, 1892; *R. Dixon*, Music and médecine considered from a physiological, pathological and therapeutical standpoint, Lancet, 1899; *Stratton*, The keynote in musical therapeutice, Arena, 1901; *W. Van de Wall, E. D. Bond*, The use of music in a case of psychoneurosis, Am. J. Psychiatr., 1934; *C. Diserens*, The influence of music in behaviour, Princetown Univ. Press, 1926; *M. A. Kalny*, Music in mental hospitals, Occup. therap. Rehab. 1931; *A. H. Pierce*, The therapeutic value of music for psychotic patients, 1934; *S. D. Mitchel, A. Zanker*, Musical styles mental disorders, Occup. therapy, Baltimore, 1943 etc. (citaţi după Bergeron şi Volmat, 1952, (30)). În 1944 Pontvik creează la Stockholm un institut de muzicoterapie (J. Jost, P. Garnier, J. Guilhot, E. Guilhot) (144).

Scanned with OKEN Scanner

reviviscenţe emoţionale mai mult sau mai puţin catartice, de resentimente individuale trăite intim ce traduc şi provoacă prin ele însele o receptivitate restructurantă a cărei eficacitate psihoterapeutică ar putea fi „utilizată, canalizată, codificată în prescripţii precise" (cf. JOST et all.) (144).

Meloterapia presupune o selecţie a operelor muzicale prin teste aplicate normalilor, clasificarea operelor alese în funcţie de personalitate, vîrstă şi cultură muzicală, alcătuirea unor programe în funcţie de un anumit plan terapeutic. În afara funcţiei catartice îndeplinită de contactul nemijlocit cu opera muzicală, se are în vedere şi funcţia terapeutică a instrucţiei muzicale. Informarea bolnavilor în domeniul esteticii muzicale, a istoriei muzicii, a tehnicii de compoziţie şi interpretare, dar şi participarea acestora ca interpreţi la manifestări muzicale organizate în cadrul terapiei educaţionale contribuie la reechilibrare şi readaptare.

O metodă originală prin orientarea spre sinteza unor forme de creaţie deosebite propun M. A. GUILHOT, J. JOST, P. GARNIER, J. GUILHOT (118). Tehnica propusă asociază într-un sistem de condiţionări reciproce: un procedeu de vizualizare şi concentrare asupra unor imagini vizuale simbolice, un procedeu de audiere a operelor muzicale, un procedeu de asociere, la nivelul unei creaţii picturale originale, a tonalităţii afective inspirată de opera muzicală şi de imaginea vizuală. Pornind de la opera muzicală, considerată ca factor inductor şi sursă de inspiraţie, bolnavul este îndrumat să-i asocieze o reprezentare vizuală interioară şi ulterior să-şi deseneze reprezentarea. Între desen, cuvînt şi muzică se stabilesc relaţii de interdependenţă de tipul feed-back-ului. Multiplicitatea informaţiilor transmise şi a emoţiilor suscitate şi orientate într-o anumită direcţie, stimularea multidimensională a funcţiei de creaţie realizează o amplificare a eficienţei curative a meloterapiei. După opinia autorilor metoda este utilizabilă în cadrul psihagogiei.

7.8.3. **Funcţia terapeutică a învăţării artei dramatice.** Capacitatea de sugestie a spectacolului de teatru, influenţa emoţională pe care arta dramatică o exercită asupra spectatorilor, a fost dintotdeauna cunoscută şi adeseori utilizată în cele mai felurite scopuri. Originile magice ale demersului dramatic ni-l arată încă de la începuturile sale ca instrument de influenţare mistico-religioasă a spectatorilor. Misterele medievale generau adevărate psihoze colective, actorii care interpretau personaje negative riscau să plătească un preţ cu atît mai mare cu cît interpretarea fusese mai desăvîrşită. Sugestia rolului se exercită însă nu numai asupra specta-

Scanned with OKEN Scanner

torilor, ci şi asupra actorilor. În acest context s-a vorbit despre „impregnarea prin rol", un anumit rol putînd dezvolta unele tendinţe morbide ale personalităţii actorului. Dar şi reciproca este valabilă: se constată experimental apariţia unor transformări pozitive prin acţiunea unor roluri constructive.

Funcţia de sugestie a teatrului nu putea fi ignorată de psihiatri aşa cum o dovedeşte tehnica psihodramei imaginată de MORENO. Aceasta are însă în mai mică măsură un caracter de metodă educaţional-terapeutică deoarece este solicitată îndeosebi spontaneitatea „actorilor".

De la un punct de vedere deosebit porneşte L. STEVENIN, (275, 276), creatorul unei tehnici denumite „Expresia scenică dirijată", care utilizează nemijlocit procesul de învăţare şi educaţia scenică în scopuri terapeutice. Acţiunea inductoare a rolului este folosită în scopul ameliorării sau dezvoltării personalităţii celui ce şi-l asumă. Autorul se referă la esenţa însăşi a actului teatral, expresia scenică, nu sub forma improvizaţiei psiho-dramatice moreniene sau psihanalitice ci dimpotrivă, ca învăţare, în sensul cel mai clasic, a rolului, a expresiei verbale, mimice, gestuale, adecvate textului literar.

În concepţia autorului participarea bolnavului este motivată prin trebuinţa acestuia, resimţită mai mult sau mai puţin dureros, de a-şi exprima suferinţa lăuntrică pe care inhibiţia, cenzura impusă de tensiunile afective crescute, sau insuficienţele educative şi de adaptare socială îl împiedică să o verbalizeze.

În acest spirit autorul propune subiecţilor texte inductoare; scene scurte şi semnificative, fragmente în versuri sau în proză corespunzînd unor stări afective bine definite: echilibru afectiv, dragoste şi ură, atitudini generale, situaţii particulare, relaţii interindividuale. Astfel au fost propuse: un pasaj din rolul Electrei în viziunea lui SARTRE care, după opinia terapeutului, exprimă pregnant „agresivitatea triumfătoare împotriva unui personaj părintesc frustrant, rolul lui Alceste la începutul *Mizantropului* lui MOLIÈRE, care poate servi la exprimarea indignării împotriva scăderilor şi compromisurilor sociale, sau al lui Creon din *Antigona* lui ANOUILH, exprimînd dorinţa de a domina în exercitarea puterii etc. Textul acţionează ca un mediator, favorizînd efectul catartic atunci cînd traduce un conflict intern inconştient sau determină o defulare utilă în cazul unor situaţii conflictuale ce nu pot fi trăite conştient datorită inhibiţiilor sau circumstanţelor exterioare dificile.

Adeseori, textul dramatic bine ales în raport cu personalitatea şi cu problematica bolnavului, favorizează dezvoltarea sentimentelor

Scanned with OKEN Scanner

și tendințelor pe care subiectul nu le-a putut exterioriza pînă atunci datorită carențelor educative (262).

Ședința se desfășoară sub îndrumarea unui instructor, actor profesionist, care își asumă față de pacient rolul unui regizor și profesor de artă dramatică. Subiectul își alege un text (demers cu semnificații proiective) și este îndrumat să-l învețe și să-l interpreteze după metodica utilizată în clasele de conservator. I se cere să se „pună în situație", să exprime cît mai firesc textul, corespunzător unor stări afective pe care instructorul caută să le facă simțite și pe care „elevul" trebuie să înceapă prin a și le reprezenta lăuntric, cu cît mai multă acuitate. El va fi instruit, dirijat și corectat de-a lungul unui șir de repetiții, pînă cînd „regizorul" consideră expresia scenică a rolului pe deplin satisfăcătoare. Se trece apoi la alt text.

În alegerea textelor se respectă o anumită evoluție: se pornește cu texte care corespund celor mai acute trebuințe ale bolnavului și îndeosebi conflictelor sale actuale și se evoluează spre texte care favorizează echilibrul afectiv.

Utilizarea unui text dramatic de certă valoare artistică intervine ca un demers psihoterapeutic mai profund. Dramaturgul exprimă cu o claritate și profunzime deosebite ceea ce pacientul însuși resimte mai vag și mai confuz iar perfecțiunea stilului amplifică forța sugestivă a mesajului. Astfel, trăirea nemijlocită a operei dramatice îl ajută pe bolnav să se „obiectiveze", facilitînd restructurarea personalității, reinserția sa în realitate după cum sentimentul comunicării cu valori de excepție ale culturii contribuie la revalorizarea imaginii de sine și a legăturilor cu societatea. Caracterul directiv al „Expresiei scenice dirijate", învățarea sistematică a textelor, departe de a frîna spontaneitatea, par dimpotrivă a favoriza o anumită eliberare. Situația ludică astfel creată ajută considerabil la sublimarea anumitor conflicte.

Metoda s-a dovedit utilă îndeosebi subiecților între 18 și 25 ani prezentînd stări de dezechilibru afectiv generate de conflicte familiale și sociale. S-au realizat *„printr-o acțiune pe care o putem denumi pedagogică sau reeducativă"* (subl. L. St.) modificări de conduită și comportament cu grave destructurări patologice, s-au ameliorat tendințe depresive de origină nevrotică, s-au readaptat conduitele sociale la bolnavi cu introversiuni de alură schizoidă. Factorul psihagogic implicat în „Expresia scenică dirijată" a acționat în sensul lichidării unor complexe de inferioritate persistente condiționate de

Scanned with OKEN Scanner

eşecurile şcolare. Realizarea, fie şi fictivă, a aspiraţiilor în interpretarea unor personaje care le exprimau a determinat scăderea trebuinţei patologice a subiectului „de a se da în spectacol". Se favorizează de asemenea dezvoltarea unor atitudini sau aptitudini nerealizate şi nerelevate subiectului datorită insuficienţelor educative sau dezvoltării incomplete a personalităţii.

Pe de altă parte, efortul de memorare şi concentrare a atenţiei, solicitat de învăţarea şi interpretarea rolului ce aduce un element de „cură psihologică" deosebit de important. Acest efort, adeseori obţinut cu dificultate la începutul tratamentului este facilitat ulterior de antrenamentul sistematic pe care metoda îl impune subiecţilor stimulaţi de dorinţa unei realizări artistice reale. La unii subiecţi se obţine şi o anumită întărire a voinţei şi concomitent o degajare de preocupările obsesive.

Pe de altă parte însăşi valoarea artistică a operei utilizate joacă un rol pozitiv „cu adevărat educativ şi reeducativ" oferind subiecţilor posibilitatea de a participa la „universul culturii" spre care aceştia aspirau fără să-l poată aborda din motive de insuficientă pregătire, „suferind mai mult sau mai puţin conştient că sînt daţi la o parte". Accesul spre lumea valorilor culturale permite subiectului „să regăsească o spontaneitate creatoare care îl situează în planul comunicării".

O altă modalitate de utilizare a demersului dramatic în terapia educaţională o oferă teatrul de păpuşi şi marionete. O asemenea metodă propun, în tratamentul bolnavilor psihotici şi nevrotici, LANGLOIS, POUCET şi MOINARD (166). Ei au utilizat în tratarea unor bolnavi cu tulburări de schemă corporală, tulburări de comportament şi de relaţie, obsesii şi fobii, aşa-numitele „marottes", un fel de păpuşi alcătuite dintr-un sceptru la capătul căruia se află plasat un cap grotesc. Bolnavii desfăşurau o activitatea complexă în jurul acestor păpuşi: le confecţionau după sfaturile tehnice ale terapeutului dar avînd dreptul să-şi aleagă personajul şi să-i dea aspectul dorit, alcătuiau scenariul piesei, realizau animarea păpuşilor, dialogul lor, regia şi scenografia spectacolului.

Personajele reprezintă adeseori proiectarea propriei imagini a bolnavului, expresia unei dorinţe refulate, îl înfăţişează pe medic, personaje mitice şi fantastice. Folosind păpuşile bolnavii vor juca „jocul vieţii lor într-un cadru ce le conferă o deplină securitate".

Autorii îşi definesc metoda ca pe o „activitate terapeutică şi proiectivă în cadrul reeducării bolnavilor mintali".

Scanned with OKEN Scanner

7.9. O încercare de sinteză: R. Lafon și „Psihopedagogia medico-socială"

Evoluția îndelungată a interferențelor educației cu sănătatea (mai vechi decît adagiul devenit truism care condiționează formarea unei minți sănătoase de existența unui corp sănătos) ca și istoria mai recentă a relațiilor medicinii cu pedagogia par a fi ajuns în etapa sintezelor. PLANCHARD (227) caracterizează ca „deloc neglijabilă", contribuția pe care științele medicale au adus-o pedagogiei. Progresele medicinii, scrie autorul, au relevat școlii numeroase aspecte noi și i-au influențat practica. Mișcarea clinică infantilă, studiul bolilor contagioase, psihiatria, igiena, endocrinologia au deschis pedagogiei porți pînă atunci închise. S-au constituit adevărate domenii de graniță ca medico-pedagogia, educația copiilor cu întîrzieri în dezvoltarea psihică. Autorul consideră chiar că educația anormalilor cu deficite majore se apropie mai mult de terapeutica medicală decît de tratamentul pedagogic.

Demn de semnalat ni se pare și faptul că tema educației i-a atras dintotdeauna pe medici. Și dacă uneori competența pedagogică pe care și-o acordă sie însuși medicul-educator este susceptibilă de discuție nu este mai puțin adevărat că medici ca JEAN MARIE ITARD și EDOUARD SEGUIN, MARIA MONTESSORI și OVIDE DECROLY, TH. SIMON și EDOUARD CLAPARÈDE au adus contribuții fundamentale procesului de modernizare a educației.

Acest punct de vedere aparține unui pedagog. Opinii simetrice sînt însă evidențiabile și din perspectiva medicului. Astfel încă în 1938, psihiatrul G. VILLEY (298) considera că „nu există barieră etanșă între domeniul pedagogului și cel al medicului", formarea psihofiziologică a tînărului trebuind să țină seama de factorii intrinseci și extrinseci ai dezechilibrului nervos.

În același spirit, medicul J. E. MARCAULT și pedagogul THÉRÈSE BROSSE (180) afirmau că „reeducarea pentru sănătate care este medicina nu constituie o disciplină deosebită de educația pentru sănătate pe care sîntem îndreptățiți să o cerem școlii din moment ce obiectul îngrijirilor medicale și al demersurilor educaționale este omul complet". Medicina modernă, orientată ca și psihologia spre sinteze umane, ar putea oferi principiile practice pe care se va baza educația de mîine.

Într-o viziune prospectivă, autorii consideră că educația de mîine va avea ca rol nu numai transmiterea culturii și exersarea funcțiilor intelectuale, ci și ajutorul dat fiecărei individualități de

Scanned with OKEN Scanner

a-şi construi „armonia unităţii sale psihofiziologice, obţinînd o autonomie afectivă identică celei intelectuale".

Etapa contemporană consemnează progrese importante în dezvoltarea relaţiilor interdisciplinare ale pedagogiei şi medicinii. O vastă sinteză în acest sens aparţine psihiatrului francez ROBERT LAFON, profesor de clinica bolilor mintale şi nervoase la Facultatea de medicină din Montpellier.

Sub denumirea semnificativă de *psihopedagogie medico-socială* profesorul LAFON (159) propune „nu o ştiinţă nouă, ci o sinteză simplificată a unor multiple cunoştinţe psihologice, pedagogice, medicale, sociologice, juridice şi criminologice în aspectele lor dinamice, aplicate la totalitatea biopsihosocială care constituie orice fiinţă umană. Obiectul ei este individul aflat în dificultate de viaţă şi adaptare „într-o colectivitate care se crede definitiv structurată, organizată, echilibrată, dar care se află ea însăşi într-o perpetuă transformare". Indivizii, descendenţii, grupele în diversele lor medii „familiale, colective şi universale" sînt priviţi în perspectiva panoramică a unităţii lor psihosomatice şi psihofizice şi a constantei lor interdependenţe.

Obiectivul ei este readaptarea individului la o lume în mişcare, rezultantă actuală şi sumare de multiple individualităţi trecute sau prezente, puternice sau slabe, normale sau anormale.

Cîmpul de acţiune al psihopedagogiei medico-sociale se situează la graniţele cîmpurilor de acţiune ale educaţiei naţionale, sănătăţii, justiţiei, între normal şi patologic, regulat şi neregulat. Scopul ei actual constă în studiile şi acţiunea asupra factorilor, mecanismelor şi consecinţelor inadaptării sub toate aspectele, iar scopul final în prevenirea anomaliilor de structură şi comportament ale indivizilor şi grupurilor printr-o bună educaţie şi printr-o organizare adecvată a igienei mintale. Ea reprezintă în fapt o concepţie de muncă, în comun reunind pe medic, psiholog, pedagog şi asistent social, în scopul realizării unei adaptări satisfăcătoare a individului la ambianţă.

Acestui demers sintetic aparţinînd unui medic îi corespund tentative asemănătoare datorate unor pedagogi. Astfel J. VIAT (296) propune o *pedagogie clinică*, motivată de unicitatea fiinţei umane. Ea are ca obiect „fiinţa umană în măsura în care există şi se simte existînd ca o fiinţă unică, avînd o istorie şi trăind într-o situaţie „promoţională", care nu poate fi asimilată nici unei alte situaţii". Factorul promoţional caracterizează orice situaţie specific educativă.

Pedagogia clinică tinde să repare dezordinile apărute în activitatea şcolară datorită unor factori biopsihosociologici.

Scanned with OKEN Scanner

Faptele citate mai sus demonstrează în chip convingător că, departe de a reprezenta un fenomen aleator tendința spre sinteze medico-pedagogice ilustrează astăzi o stare de spirit.

7.10. Metode educațional-terapeutice în psihiatria românească

Orientarea umanistă, ideile generoase care au determinat marea reformă a lui PINEL sînt prezente în psihiatria românească încă de la începuturile ei.

Îngrijirea bolnavilor psihici în epoca anterioară constituirii unei psihiatrii științifice a prezentat și în țara noastră aceleași aspecte criticabile ca și în alte țări europene. Profesorul ALEXANDRU ȘUȚU, întemeietorul psihiatriei românești, vestejește în termeni energici regimul la care erau supuși alienații mintali în „bolnițele" unei epoci nu prea îndepărtate de momentul în care își făcea cunoscut protestul său. (AL. ȘUȚU, 1869) (282).

Odată cu venirea sa în funcția de director al Ospiciului Mărcuța, starea de lucruri se îmbunătățește simțitor.

În sistemul măsurilor pe care le preconizează doctorul AL. ȘUȚU, metodele educațional-terapeutice ocupă un loc important.

Discipol al lui PINEL și ESQUIROL, directorul Ospiciului Mărcuța consideră că „tratamentul moral, singur și exclusiv" reprezintă metoda cea mai eficientă a terapiei bolilor psihice, iar modalitatea principală de aplicare a acestui tratament este „laboarea", munca „mai mult manuală pentru unii, mai mult intelectuală pentru alții". „Ea (munca (n.n.), scrie profesorul Șuțu, trebuie să fie legea ospiciului așa cum este și a societății, este legea fiecăruia, acceptată de aceste ființe pe care pierderea inteligenței le-a degradat, le înalță și le apropie de societate, le face folositoare și mila ce inspiră nu mai poate fi sterilă".

Pe lîngă munca „regularizată de persoane competinte și sub toate formele", profesorul ȘUȚU preconizează și dezvoltarea sociabilității, combaterea „retragerii morbosului în lumea lui proprie și concepțiile lui delirante", indicîndu-se ca metodă eficientă de resocializare „școlile și adunările". Autorul motivează utilitatea acestor metode prin aceea că bolnavii „sînt mai mult în relații unii cu alții, simțăminte afectuoase se dezvoltă la dînșii sub această influență, le stimulează afectivitatea spre o nouă viață. Exemplul, ordinea, disciplina ce domnesc în astfel de reuniuni reprimă relele instincte, regularizează ideile și provoacă reflecțiunea". Ne aflăm, așadar, în fața unui autentic program educațional.

Scanned with OKEN Scanner

Acest program nu a rămas însă într-un stadiu teoretic. Din inițiativa doctorului PĂTRU PROTICI, director al Ospiciului Mărcuța (1859) au fost înființate ateliere de tîmplărie (pentru bărbați) și lucru de mînă (pentru femei) (V. PREDESCU) (234). Bolnavele lucrau cu acul la diferite obiecte, „fiecare din sciința și inteligența lor", „Adunarea aceasta în aceeași sală și contagiunea exemplului — afirmă profesorul ȘUȚU — le considerăm ca cele mai solide mijloace de tratament". La lucrările de atelier se adăugau lucrările agricole „în grădina întinsă și bine îngrijită". Bolnavii lucrau și la transportul de materiale, lemne etc., considerat ca „o muncă ce poate să eserseze sistemul muscularu".

În anul 1867, directorul „Mărcuței" organizează în spital o școală care trebuie să ofere bolnavilor „o distracțiune morală, serioasă și agreabilă". Se predau diferite materii, ca istoria generală și geografia. Lecțiile au loc într-o sală anume și rezultatele obținute sînt caracterizate ca „foarte satisfăcătoare".

O orientare asemănătoare profesează și ALEXANDRU OBREGIA, succesorul profesorului ȘUȚU la catedra de psihiatrie a facultății de medicină din București.

Dacă ALEXANDRU ȘUȚU poate fi considerat ca întemeietor al psihiatriei românești, ALEXANDRU OBREGIA este fără îndoială organizatorul ei cel mai de seamă. Profesor de fizică medicală, histologie, psihiatrie, cu preocupări de educație sanitară (lupta împotriva alcoolismului) și cu realizări deosebit de importante în organizarea sanitară ca director general al serviciului sanitar, clinician și cercetător de laborator, întemeietor și organizator absolut al Spitalului central de boli nervoase și mintale din București, profesorul OBREGIA se manifestă ca o personalitate științifică și medicală excepțională. Interesul pe care l-a manifestat constant pentru metodele ocupaționale cu caracter educațional le investește cu girul autorității sale.

În perioada în care a lucrat la Ospiciul Mărcuța, profesorul a utilizat în mod consecvent metodele educaționale. Alături de pacienții meseriași se aflau în ateliere bolnavi care învățau diferite meserii (cizmărie, lemnărie, fierărie, lenjerie) sub conducerea unor maiștri „ajungînd a lucra binișor" (AL. OBREGIA, 213). Se instruiesc bolnavii în efectuarea unor lucrări agricole, plantații de arbori și culturi absorbante (terenul pe care se afla Mărcuța fiind mlăștinos), sericicultură, traforaj. Se cere infirmierilor „pacientă și tact". Forma de activitate se stabilește „pe baza observației aptitudinilor". În relațiile cu bolnavii se folosește exclusiv metoda convingerii, se aplică principiul gradării efortului în raport cu dificultatea muncii, dar și cu posibilitățile bolnavului.

Scanned with OKEN Scanner

Elaborînd proiectul noului spital de psihiatrie, actualul spital „nr. 9" din Bucureşti, profesorul OBREGIA prevede şi spaţiile necesare desfăşurării unei activităţi educaţional-terapeutice: ateliere, sală de conferinţe, sală de cinematograf. În cadrul „Spitalului central de boli nervoase şi mintale", care începe să funcţioneze în anul 1923, unul dintre serviciile de psihiatrie devine „Serviciul bolnavilor lucrători". Aci sînt transferaţi acei pacienţi care, după o perioadă de observaţie „au dat dovada unei anumite ameliorări şi a capacităţii lor de a lucra" (A. DIMOLESCO, 79). Bolnavii sînt instruiţi pentru muncă în atelierele de croitorie, cizmărie, rotărie şi mecanică, tîmplărie şi dulgherie, lenjerie. Bolnavii mai pot lucra şi la spălătorie, la fermă, în grădina spitalului.

Ergoterapia se aplică în schizofrenii, alcoolism, epilepsie, diferite forme de demenţă, debilitate mintală. Director al spitalului de la înfiinţare şi pînă în anul 1937, profesorul OBREGIA aduce şi aci un spirit de simpatie şi comprehensiune faţă de bolnavi. Aceştia nu sînt niciodată siliţi să lucreze, dimpotrivă dreptul de a munci este solicitat ca o favoare. Autorul consideră că tratamentul prin muncă „are marele merit de a-i reeduca pe deficitari".

În acelaşi spirit este utilizată ergoterapia şi la ospiciul Golia din Iaşi. P. BRÂNZEI (47) relevă în acest sens meritele deosebite ale doctorului JULIAN LUKASZEWSKI, director al ospiciului între 1883 şi 1894. Medicul ieşean considera că munca reprezintă o trebuinţă firească a omului pe care nu o poate ocoli nici alienatul mintal. Sînt foarte rare cazurile în care bolnavii refuză munca, dar ei au nevoie de conducere, ajutor şi exemplu. În accepţia acestui psihiatru „tratamentul moral formează una din părţile cele mai de căpetenie ale tratamentului alienaţilor", iar alinistul care „concentrează în persoana sa aproape toate mijloacele tratamentului moral" trebuie să fie „psiholog, filozof, sociolog şi filantrop".

Încă la începutul secolului nostru, problema relaţiilor între educaţie şi terapie oferă profesorului dr. GH. MARINESCU prilejul de a expune un punct de vedere deosebit de actual („Reeducţiunea şi tratamentul psihic în terapeutică" — 1906). Autorul consideră că rolul educaţiei constă în automatizarea actelor conştiente pe care însă boala o poate tulbura „în perioada de formaţie sau în armonia şi regularitatea funcţionării lui". Reeducarea ar trebui să readucă automatismul la starea sa normală.

În accepţia autorului „reeducaţiunea are drept ţel dezvoltarea jocului regulat al funcţiunilor organice sau psihice, cînd el este insuficient sau neregulat". Ideaţia va fi corectată prin reeducaţia psihică, mişcarea constituie obiectul reeducaţiei motrice, iar percepţia al reeducaţiei senzoriale. Paraliziile, ataxia, afazia, gîngăveala, ticu-

Scanned with OKEN Scanner

rile, deficitele aparatelor senzoriale, tulburările unor funcţii ale vieţii vegetative, dar şi fenomenele nevrotice (paraziţi ai conştiinţei) beneficiază de reeducare (186).

Orientată îndeosebi spre cercetări de biochimie a bolilor psihice cu secreţie internă, şcoala de psihiatrie întemeiată la spitalul Socola din Iaşi de academicianul C. I. PARHON şi-a axat eforturile pe studiul relaţiilor dintre tulburările psihice şi disfuncţiile glandelor cu secreţie internă, astfel că, în paginile revistei editată de această şcoală nu apar (între anii 1924—1945) lucrări consacrate terapiei educaţionale (49).

Totuşi concepţia profesorului C. I. PARHON asupra abordării complexe şi multilaterale a bolnavului psihic, aşa cum a fost formulată la Congresul al XVIII-lea al Societăţii Române de neurologie, psihiatrie, psihologie, endocrinologie şi medicină legală (Sibiu, 1938) nu lasă nici o îndoială asupra atitudinii întemeietorului endocrinologiei româneşti în problema relaţiilor dintre pedagogie şi medicină. La acest congres profesorul PARHON a afirmat necesitatea colaborării între psiholog şi psihiatru, sau mai exact, între metoda terapeutică medicală şi cea psihopedagogică (49).

O activitate deosebit de importantă sub aspectul terapiei educaţionale se desfăşoară la Spitalul de boli mintale şi nervoase din Sibiu, orientare metodologică ce posedă aci o tradiţie mai mult decît centenară. Într-adevăr, încă în anul 1864, directorul dr. EMIL SCHURCH este preocupat de educarea bolnavilor. El procură instrumente muzicale, angajează un profesor de muzică, introduce gimnastica obligatorie sub conducerea unui profesor de gimnastică. Un institutor predă bolnavilor cititul, scrisul, geografia şi istoria. Doctorul SCHURCH susţine să instrucţia este necesară bolnavilor mintali pentru a împiedica demenţierea.

La acelaşi spital, dr. ŞTEFAN SZABO introduce, în anul 1868 ergoterapia ca metodă curentă de tratament. În 1874 o orchestră dă concerte în „salonul de concerte“ al spitalului. Bolnavii dispun de o bibliotecă. Cum spitalul cuprindea o populaţie multinaţională se organizează zilnic lecţii de 30 minute în limbile acestor naţionalităţi.

După primul război mondial la spitalul din Sibiu se formează şi activează, sub conducerea doctorului GH. PREDA, o remarcabilă şcoală psihiatrică, avînd preocupări de psihologie experimentală şi de psihiatrie socială. Se înfiinţează un laborator de psihologie care participă nemijlocit la selecţionarea bolnavilor şi orientarea lor profesională. Psihiatrii de la Sibiu considerau că ergoterapia utilizată în relaţie strînsă cu aptitudinile bolnavilor conduce la echilibru mintal (T. STOENESCU, S. CUPCEA, 278). Schimbarea bolnavilor la diferite ateliere de muncă, efectuată pe baza unor criterii

Scanned with OKEN Scanner

psihologice ştiinţifice a dus la redresarea individului, creşterea încrederii în propriile puteri şi consecutiv la sporirea randamentului, restructurarea unui comportament social normal.

La acelaşi spital a fost organizată, în anul 1921, o şcoală medico-pedagogică pentru bolnavi psihici adulţi condusă de NAGY ARPAD, profesor de filozofie şi pedagogie. Şcoala a funcţionat doi ani şi a fost desfiinţată din lipsă de fonduri. Se urmărea pregătirea şi educarea acelor pacienţi care mai păstrau nealterate unele funcţii intelectuale, astfel ca la ieşirea din spital să fie folositori societăţii. Cursurile aveau o durată de doi ani pentru fiecare serie: un curs pregătitor de un an urmat de învăţarea unei meserii.

Se preda citirea şi scrierea, aritmetica, desenul, se făceau lecţii de intuiţie, se urmărea dezvoltarea spiritului critic. Medicii au apreciat rezultatele obţinute ca foarte bune (GH. PREDA et all. 232). Doctorul Preda este autorul unui Manual de iniţiere în ergoterapie (P. BRÂNZEI) (40).

Climatul psihiatriei româneşti în perioada interbelică pare a fi fost favorabil utilizării factorului educaţional în psihiatrie. La congresul de la Sibiu (1938), medici şi psihologi au discutat problema organizării unei „clinici psihologice" şi a unui „centru biopsihiatric ce urmau să ofere psihologiei aplicate şi pedagogiei medicale un cadru de activitate comună cu psihiatria (N. POJOGA) (230). Noile instituţii ar fi trebuit să abordeze studiul individului ca pe un întreg şi ar fi promovat introducerea în psihiatrie a unor metode psihologice şi pedagogice.

Aplicarea metodelor educaţionale şi îndeosebi a ergoterapiei în psihiatria românească cunoaşte în prezent o dezvoltare importantă, motivată atît prin umanismul ce caracterizează societatea noastră, cît şi prin locul deosebit ce se acordă educaţiei şi muncii în scara de valori a acestei societăţi.

Aplicarea ergoterapiei se generalizează. Se realizează inserţia acestei metode de tratament cu medicaţia psihotropă în strategia terapeutică a psihiatriei contemporane. Se aplică pe scară largă (la spitalul nr. 9 din Bucureşti, la spitalul „Socola" din Iaşi, dar şi în alte unităţi spitaliceşti) selecţionarea şi orientarea psihologică a bolnavilor spre muncă. Se tinde spre lărgirea conceptului de ergoterapie, prin înglobarea sa în noţiunea mai largă de psihiatrie socială.

În prezent, acte normative de stat reglementează organizarea ergoterapiei în unităţile spitaliceşti din ţara noastră, astfel că utilizarea metodelor educaţional-terapeutice devine o obligaţie legală.

Alături de ergoterapie şi alte metode cu caracter educaţional terapeutic: antrenamentul autogen, artterapia, psihoterapia de grup,

Scanned with OKEN Scanner

psihologia, sînt utilizate în diferite instituţii psihiatrice din ţara noastră.

Pe marginea acestui istoric, ce nu se pretinde în nici un fel exhaustiv, dorim să subliniem audienţa de care s-a bucurat constant ideile şi practicile terapeutice umaniste şi generoase în psihiatria românească.

Ni se pare de asemenea demn de a fi relevat caracterul ştiinţific al psihiatriei româneşti, „modernitatea" sa, dacă ţinem seama de faptul că metode educaţional-terapeutice ca cele denumite „class therapy", utilizarea instrucţiei şcolare în terapia bolilor psihice au fost folosite în ţara noastră încă de la începuturile psihiatriei ştiinţifice.

Spiritul de sinteză, propriu ştiinţei româneşti, a acţionat şi în acest domeniu, decantînd şi aplicînd acele valori ale contemporaneităţii care reprezentau, în psihiatrie ca şi în alte domenii, nivelul ei cel mai înalt.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUZII

Cercetarea raporturilor dintre educaţie şi terapie pe care am întreprins-o în lucrarea de faţă credem a fi putut demonstra realitatea unei funcţii terapeutice a educaţiei, conferind acestei activităţi fundamentale a societăţii care este educaţia nu numai capacitatea de a-l construi, ci şi de a-l reconstrui pe om, aducîndu-şi astfel contribuţia la lupta pe care medicina o duce împotriva bolilor şi suferinţei.

O lungă şi neîntreruptă evoluţie a conceptelor şi metodelor ne îndreptăţeşte să considerăm funcţia terapeutică a educaţiei, aşa cum se obiectivează ea astăzi în strategia şi tactica recuperării bolnavilor, nu ca pe un simplu epifenomen însoţitor, pasiv şi lipsit de orice influenţă. Dimpotrivă, această funcţie ne apare ca materializare, într-un sistem de tehnici verificate în practică şi întemeiate pe concepte teoretice motivate experimental, a unei intuiţii care s-a născut odată cu medicina însăşi. Cuvîntul, comunicarea, învăţarea, relaţia umană activă, influenţa sistematică a unei personalităţi asupra alteia, sprijinul afectiv deschizător de perspective optimiste şi constructive ca şi deprinderea cunoaşterii de sine ca mijloc de a învinge dificultăţile sufleteşti şi-au relevat eficienţa restructurantă, valoarea curativă încă în prima perioadă de dezvoltare a medicinii. Înţeleptul din primele timpuri ale medicinii, în acelaşi timp învăţător şi tămăduitor, care stăpînea o cunoaştere şi experienţă nediferenţiate, era desigur foarte diferit de psihologul clinician, desfăşurîndu-şi activitatea psihoterapeutică într-o clinică modernă de psihiatrie; totuşi, aflaţi la cele două extreme ale seriei, cei doi ilustrează continuitatea unei analogii care n-a dispărut niciodată din conştiinţa umanităţii, chiar dacă uneori s-a întemeiat pe o simplă intuiţie: ideea de construcţie şi reconstrucţie a fiinţei umane, care

Scanned with OKEN Scanner

îndreptăţeşte stabilirea unei similitudini între actul educaţional şi cel terapeutic. Medicul, pe treapta cea mai înaltă a realizării sale profesionale, s-a dorit totdeauna educator al pacienţilor săi, după cum pedagogul s-a înfăţişat adeseori lui însuşi şi celorlalţi ca un „tămăduitor" al unor conştiinţe rătăcite.

Dezvoltarea terapiei educaţionale, modalitate a psihoterapiei, a beneficiat de existenţa, încă de timpuriu, a unor orientări integraliste în medicină, întemeiate pe o viziune a persoanei umane ca totalitate biopsihosocială. În acest context demersul educaţional-terapeutic s-a integrat tendinţei generale a medicinii contemporane de a amplifica şi adînci abordarea personalităţii pacientului ca totalitate şi în interacţiune cu situaţia sa obiectivă.

În concepţia noastră, actul educaţional terapeutic, metodă sau procedeu de influenţare sistematică a unui bolnav în scopul vindecării sale, rămîne în primul rînd un demers terapeutic şi ca atare subordonat unei strategii şi tactici terapeutice globale. În acest context psihiatria ne-a apărut ca domeniu de elecţie al terapiei educaţionale, îndeosebi, datorită deschiderii largi spre om. Evoluţia terapiei psihiatrice şi îndeosebi apariţia medicaţiei psihatrope au favorizat constant acceptarea metodelor educaţionale. Definind în mod clar eficienţa factorului medicamentos în tratamentul bolilor psihice, dar şi limitele acestei eficienţe, medicaţia psihotropă a precizat simultan aria acţiunii curative a metodelor psihoterapeutice şi implicit a celor educaţionale, lărgindu-le adresabilitatea şi lămurind modalitatea interacţiunii lor în scheme terapeutice unitare.

Promovarea metodelor educaţionale în psihiatrie a fost condiţionată şi de orientarea socială consecventă a acestei ramuri a medicinii. Relaţia deficitară a individului cu sine însuşi i-a apărut din ce în ce mai evidentă psihiatrului ca relaţie deficitară a individului cu societatea. În acest context factorul social îşi manifestă atît valenţe patogene, conflictuale, destructurante, cît şi curative, restitutive. Astfel, actul educaţional a putut să apară terapeutului ca o tehnică adecvată prin definiţie restructurării relaţiilor bolnavului cu societatea şi implicit cu sine însuşi, reinserţiei în activitate, recuperării psihice.

În acelaşi timp, necesitatea cunoaşterii cît mai complete şi mai aprofundate a personalităţii bolnavului, obligatorie pentru psihiatru — în mai mare măsură decît pentru oricare alt medic — a dus la construirea unor metode de explorare psihologică ce s-au dovedit utile nu numai ca metode de investigaţii, ci şi ca procedee de terapie educaţională. În practică, orice probă psihologică poate sugera numeroase procedee de „antrenament" al funcţiilor psihice sau poate oferi educatorului tematica unor şedinţe de terapie.

Cîmpul de acţiune al terapiei educaţionale nu se limitează însă la deficitul psihic. Într-o măsură din ce în ce mai mare şi neurologia solicită actul educaţional, pentru limitarea sechelelor rezultate din acţiunea unor factori traumatici sau vasculari. Bolnavul cu leziuni cerebrale este implicat într-o măsură din ce în ce mai mare în sfera de activitate a pedagogiei terapeutice.

Experienţa acumulată pînă în prezent prin aplicarea metodelor educaţionale în clinică autorizează, după opinia noastră, un amplu demers de evaluare şi generalizare în scopul edificării unei pedagogii terapeutice la nivelul achiziţiilor ştiinţei contemporane. Ea se înfăţişează ca o sinteză a pedagogiei şi medicinei definind, într-o viziune interdisciplinară obiectul, scopul, sarcinile, principiile şi metodele procesului educaţional terapeutic, valorificînd datele acumulate în practică nu numai în folosul demersului terapeutic aplicativ, ci şi al teoriei educaţiei în ansamblu.

Într-adevăr prin sarcinile pe care le propune actului educaţional, practica medicală extinde într-o măsură importantă cîmpul său de acţiune. Rezolvînd în mod adecvat aceste sarcini, actul educaţional devenit astfel terapeutic îşi relevă posibilităţi noi, care invită la revizuire a conceptelor tradiţionale şi la o meditaţie asupra locului şi funcţiilor educaţiei şi educatorului în societatea contemporană.

Apărut în istorie ca deţinător al unor tehnici, adeseori modeste şi limitate ca eficienţă şi cu un cîmp de acţiune circumscris unei anumite vîrste, educatorul şi-a cucerit, în epoca noastră, dreptul de a fi prezent în cele mai variate situaţii ale existenţei omului, care însă, în ciuda deosebirilor dintre ele converg spre acelaşi scop: integrarea plenară a individului în societate, salvgardarea capacităţii sale de creaţie, a echilibrului său intelectual şi afectiv. Ştiinţa educaţiei devine astfel, într-o accepţie generală, o filozofie şi o tehnică a integrării subiectului creator în societatea activă, care-şi propune nu numai dezvoltarea sistematică şi antrenamentul individului în scopul realizării integrării, ci şi menţinerea ei la parametrii eficienţei plenare a subiectului.

Admiterea educatorului în rîndul specialiştilor implicaţi în lupta pentru uşurarea suferinţei umane este motivată prin esenţa funcţiei sale. Într-adevăr educatorii din toate timpurile au avut ca funcţie majoră pe aceea de a integra şi adapta, de a realiza osmoza între om şi societatea căreia îi aparţine, de a structura personalitatea în raport cu un anumit model social. Experienţa cumulată de-a-lungul veacurilor, confruntată cu practica, filtrată prin prisma cuceririlor ştiinţei, cu o funcţionalitate din ce în ce mai eficientă, a putut fi ulterior adaptată şi altor situaţii care necesitau realizarea unor integrări şi reintegrări ale subiecţilor. Recunoaşterea funcţiei educa-

Scanned with OKEN Scanner

ţiei ca funcţie polivalentă consfinţeşte trebuinţa perfecţionării, a depăşirii de sine proprie omului. Solicitarea educatorului ca terapeut pare a autoriza o definiţie a omului ca fiinţă care se face şi se reface pe sine însăşi învăţînd, salvgardîndu-şi în acest fel esenţa umană.

Desigur, statutul fundamental al educatorului va fi realizat totdeauna mai ales în şcoală şi în dialog cu tînăra generaţie, această funcţie conferindu-i cele mai vechi şi mai statornice „titluri de noblețe". Teritoriul şcolii tinde să devină însă din ce în ce mai mult numai centrul unui cîmp vast de acţiune, ale cărui limite nici nu le putem astăzi bănui.

Această extensie valorizează într-o măsură apreciabilă profesiunea pedagogului, a specialistului în pedagogie, în educaţie, tehnician al integrării şi adaptării, chemat să aplice modalităţile învăţării şi educaţiei în rezolvarea unor probleme din ce în ce mai complexe, pe măsura complexificării scopurilor pe care şi le propune omul, ale trebuinţelor şi idealurilor sale.

Realizările terapiei educaţionale consfinţind succesul confruntării metodelor educaţionale cu obiectivele fundamentale ale medicinei, demonstrează în mod convingător excepţionala vitalitate a pedagogiei, capacitatea ei de a comunica activ cu alte domenii de cunoaştere, de a stabili relaţii creatoare sancţionate de realitate ca necesare, fără a renunţa la esenţa sa, la propria sa logică.

În acelaşi timp, cunoaşterea aprofundată a dificultăţilor posibile în cursul dezvoltării omului, a drumului, uneori dramatic, spre maturitate, înţelegerea situaţiilor şi problemelor cu care elevii lor ar putea fi confruntaţi, dar şi a modului în care i-ar putea ajuta, ar conferi ştiinţei şi artei educatorului dimensiuni sporite în adîncime, i-ar limpezi în şi mai mare măsură conştiinţa puterii sale şi i-ar păstra mereu vie imaginea celui pe care-l educă, menţinînd comunicarea la un nivel înalt de tensiune creatoare.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

A

1. ABOULKER, P., CHERTOK, L., SAPIR, M., *La relaxion — Aspects theorique et pratique — L'expansion scientifique française*, Paris, 1959.
2. ACHAINTRE, A., BALVET, P., *Influence des chimiothérapies sur l'évolution de la psychiatrie — Actualités de thérapeutique psychiatrique*, Paris, Masson, 1963.
3. ADAMS, I., *Evolution of educational theory*, Macmillan, 1912.
4. ADAMSON, J. E., *Education and the realist outbook — Forty first Yearbook of the national society for the study of education* — part. I. *Philosophies of education*, University of Chicago Press, 1942.
5. ADLER, A., *Le tempérament nerveux*, Paris, Payot, 1926, p. 49—144.
6. ADLER, A., *Le sens de la vie*, Paris, Payot, 1954, p. 195.
7. ADLER, A., *Connaissance de L'homme*, Paris, Payot, 1955, p. 31, 46—42, 237.
8. AJURIAGUERRA, J., JAEGGI, F., *La place de la réadaptation dans la psychiatrie moderne*. „Réadaptation", 1966, 133, p. 5—8.
9. ALDRICH, L., *Saxondale: a mental hospital library*, Library Association Record, July, 1961, 248—53.
10. ANCELIN — SCHUTZENBERGER, A. *Aspects psycho-sociologiques de la réadaptation*, „Réadaptation", 1962, 95, 21.
11. APOSTOL, P., *Norma etică și activitatea normată*, București, Editura științifică, 1968.
12. APOSTOL, P., *Educația și pedagogia în perspectivă operațională*, București, Editura didactică și pedagogică, 1969.
13. ARBOUSSE — BASTIDE, P., *La doctrine de l'éducation universelle dans la philosophie d'Auguste Comte comme principe d'unité systématique et fondement de l'organisation spirituelle du monde*, Paris, P.U.F., 1957, vol. 1, p. 102.
14. ARDOINO, J., *Propos actuels sur l'éducation*, Paris, Gauthier—Villars, 1967, cap. I, Pédagogie (Def.).
15. ARGYLE, M., *The psychology of interpersonal behaviour*, Penguin Books, 1967.
16. ARIAMOV, J. A., *Învățătura lui I. P. Pavlov și problemele pedagogiei*, „Analele româno-sovietice", Seria pedagogie-psihologie, 1954, p. 3, 14.

17. ASPERGER, H., *Heilpädagogik*, ed. IV, Wien — New York, Springer Verlag, 1965, Books, N. Y., 1967.
18. AXENFELD, A., *Traité des nevroses*, Paris, Baillière, 1883.

B

19. BARAHONA, FERNANDES, H. S., *La thérapeutique occupationelle en psychiatrie*, Paris, Hermann, 1954.
20. BARUK, H., *Les thérapeutiques psychiatriques*, „Que sais-je", P.U.F., 1955.
21. BARUK, H., *Psychiatrie morale, expérimentale individuelle et sociale*, P.U.F., 1945.
22. BARUK, H., *Traité de psychiatrie*, 2 vol. Paris, Masson, 1959, 1, 118.
23. BAUDOUIN, CH., *Suggestion et autosuggestion*, Paris, Delachaux et Niestlé, 1922, p. 236.
24. BECKER, A., *De l'instinct du bonheur a l'extase de la béatitude, Théologie et pédagogie du bonheur dans la prédication de Saint Augustin*, Paris, P. Lethiellex, 1967.
25. BEGOIN, J., *Psychologie et réadaptation des tuberculeux (aspects actuels)*, „Réadaptation", 88, 1962.
26. BELLAK, L., *Prédiction systématique au cours du processus psychothérapique et au cours d'autres processus d'interaction*, „L'encephale", 1959, 5, 24.
27. BELLY, C., GEVREY, M., *L'instituteur, sa place, son rôle en milieu hospitalier des malades adolescentes et adultes. Perspectives d'avenir.* „Réadaptation", 1964, 112.
28. BEQUART, P., MULDWORF, B., *Problèmes de psychotérapie. 27 opinions sur la psychothérapie, rassemblées par L. Bonnafé*, Paris, Éditions sociales, 1961.
29. BERANDE, R., DIATKINE, R., LEBOVICI, S., KESTENBERG, E., SIMON, J., *Psychothérapie de groupe*, Encyclopédie médico-chirurgicale, III, 37817.
30. BERGERON, M., VOLMAT, R., *De la thérapeutique collective par l'art dans les maladies mentales*, „L'Encephale", 1952, 2, 143—211.
31. BERGES, J., *Méthodes de rééducation et relaxation chez l'enfant*, „Revue de neuropsychiatrie infantile et d'Hygiène mentale de l'enfance", 1962, 1—2, 10.
32. BERINGER, K., *L'importance de la thérapeutique d'occupation pour le traitement des maladies mentales*, „Annales médico-psychologiques", 1938, 3, 650.
33. BERNARD, E., KERVAN, R., *L'évolution de la réadaptation des tuberculeux en fonction des nouvelles thérapeutiques*, „Réadaptation", 1962, 88.

Scanned with OKEN Scanner

34. BERNARD, P., *Un expérience de psychothérapie collective à l'hôpital psychiatrique: le cercle de malades*, „Annales médico-psychologiques", 1947, T 1, 196.
35. BERNHEIM, H., *Automatisme et suggestion*, Paris, Alcan, 1917.
36. BETTELHEIM, B., *Un lieu où renaître*, Paris, R. Lafon, 1975.
37. BINET, A., *Attention et adaptation*, „L'année psychologique", 1900, 369.
38. BLUM, E., *Le mouvement pédagogique*, „Revue philosophique de la France et de l'étranger", Tome XLIII, 1897, p. 515.
39. BOLOGA, V. L. (sub îngrijirea), *Istoria medicinii universale*, Bucureşti, Editura medicală, 1970.
40. BONNAFÉ, L., CHAURAND, A., TOSQUELLE, F., (de St. Alban), *Quelques precisions théoriques et pratiques sur le travail des malades: valeur thérapeutique de la qualité, du rendement, de la remunération*, „Annales médico-psychologiques", 1947, T 1, nr. 2, p. 209—213.
41. BONNAFÉ, L., FOLLIN, KESTENBERG, J., KESTENBERG, E., LEBOVICI, S., LE GUILLARD, L., MONNEROT, SHENTOUB, S., *La psychanalyse, idéologie réactionnaire*, „La nouvelle critique", 1949, 7, 57.
42. BONNET, D., *L'apprentissage d'un test de barrage*, „L'Encéphale", 1953, XLII, 2, 101—136.
43. BONFIGLIO, prof., *Importance de l'ergothérapie pour la guérison des maladie mentales*, „Annales médico-psychologique", 1938, 3, 645.
44. BONVALOT — SOUBIRAN, G., *Formes d'inadaptation scolaire susceptibles de bénéficier de la rééducation psychomotrice*, „Revue de neuro-psychiatrie infantile et d'Hygiène mentale de l'enfance", 1962, 1—2.
45. BOTEZATU, P., *Actul interpersonal* (Încercare de interpsihologie), „Analele româno-sovietice", 1958, 2, 59.
46. BRĂTESCU, G., *Hipocratismul de-a lungul veacurilor*, Bucureşti, Editura ştiinţifică, 1968.
47. BRÂNZEI, P., *Itinerar psihiatru*, Iaşi, Editura Junimea, 1975.
48. BRUNER, J. S., *Pentru o teorie a instruirii*, Bucureşti, Editura didactică şi pedagogică, 1970.
49. „Bulletin de la Société roumaine de neurologie, psychiatrie, endocrinologie et psychologie", Iassi, 1924—1938, 1940, 1945.

C

50. CABANIS, J. G., *Rapporte du physique et du moral de l'homme*, Paris. Masson, 1867, vol. I—II.
51. CARTWRIGHT, R. D., *Psychotherapeutic processes*, „Annual Review of psychology", Palo Alto, 1968, vol. 19.
52. CASTIGLIONI, A., *Histoire de la médecine*, Paris, Payot, 1931.
53. CATTY, NANCY, *The theory and practice of Education*, London, Methmen, 1954.

Scanned with OKEN Scanner

54. CELSUS, CORNELIUS AULUS, *Despre medicină*, București, Editura medicală, 1958.
55. CHATAGNON, C. și CHATAGNON, P., *La thérapeutique occupationelle*, „Annales médico-psychologiques", 1947, T. 1, nr. 4, 361—369.
56. CHEVRIE — MULLER, C., *À propos du begaiement: hypothèses pathogéniques récentes, indications thérapeutiques*, „Revue de neuropsychiatrie infantile et d'Hygiène mentale de l'enfance", 1964, 12 (1—2), 93.
57. CLAPARÈDE, ED., *L'éducation fonctionnelle*, Neuchâtel și Paris, Delachaux et Niestlé, 1931.
58. CLEMENT, ALEXANDRINUL, *Pedagogul*, București, Editura librăriei teologice, 1939.
59. COFER, CH. N., APPLEY, M. H., *Motivation: theory and research*, New York, Wiley, 1960.
60. Le coloque „Créativité et guérison", Paris, „L'Hygiène mentale", 1, 1969, p. 20—32.
61. COMTE, A., *Cours de philosophie positive*, Paris, Schleicher Frères, 1908, vol. III, 246—47.
62. COSSA, PAUL, *Thérapeutique neurologique et psychiatrique*, Paris, Masson, 1958, 330.
63. CRIȘAN, V., *Considerații istorice asupra spitalului de neuropsihiatrie din Sibiu*, „Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia", 1960, 5, 467—472.
64. CULLERRE, A., *La thérapeutique suggestive*, Paris, J. B. Baillière, 1893, p. 288—315.
65. CURTIS, S. I., *Introduction to the phylosophy of education*, University Tutorial Press Ltd., 1958.

D

66. DAMASCHIN, D., GOLU, M., *Unele probleme privind importanța teoretică și practică a compensației*, „Analele româno-sovietice, Pedagogie-psihologie", 1961, 1, 79—97.
67. DAMON, F., *L'ergothérapie en psychiatrie (Quelques observations faites en ergothérapie au cours d'un sejour de dix-huit mois aus États-Unis)*, „Réadaptation", 1964, 114, 24—27.
68. DANON-BOILEAU, H., DELESALLE, S., GANGUE, D., LAB, P., LÉVY, E., PLUMYÈNE, J., RUFFIOT, A., *Le rôle de l'orthopédagogie dans le traitement des maladies mentales de l'adolescent scolaire et l'étudiant*, „Annales médico-psychologique", 1963, T. 1, 1, 13—28.
69. DANON-BOILEAU, H., DELESALLE, S.. LAB, P., LÉVY, E., *L'abord médico-pédagogique des étudiants schizophrènes*, „Revue de neuropsychiatrie infantile et d'Hygiène mentale de l'enfance", 1967, 7—8, 589—618.

Scanned with OKEN Scanner

70. DEANE, W. N., DODD, M. L., *Educational techniques for the rehabilitation of chronic schizophrenic patients*, „Amer. J. occup. Ther.", 1960, 14/1 (7—12).
71. DEBESSE, M., *L'éducation des enfants inadaptés*, „Bulletin de psychologie", 1958.
72. DELAY, J., DENIKER, P., *Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie — Les nouveaux médicaments psychotropes*, Paris, Masson, 1961.
73. DELAY, J., PICHOT, P., *Abrégé de psychologie*, Masson, 1964.
74. DELORE, P., *L'Hôpital humanisé*, Paris, Les Éditions sociales françaises, 1959.
75. DENIKER, P., *Tactiques thérapeutique — IV Congreso mundial de psiquiatria*, Madrid, Excerpta medica 1966.
76. DESCARTES, R., *Discours de la méthode — les passions de l'âme*, Paris, Ed. Helsum, 1932.
77. * * * *Din istoria gîndirii pedagogice universale*, Antologie, vol. I, E.S.D.P., 1959.
78. DIOGENE, LAERCE, *Vie, doctrines et sentences des philosophes illustres*, Paris, Garnier, f. an, vol. II.
79. DIMOLESCU, A., *L'organisation de la thérapeutique par le travail à l'asile de Bucarest*, „L'Hygiène mentale", 1929, 2, 54—56.
80. DOLLARD J., MILLER, N. E., *Personality and psychotherapy*, New York. McGraw-Hill, 1950.
81. DONNADIEU, M., *La rééducation par le travail. Peut-on obliger le malade a travailler? — „Annales médico-psychologiques"*, 1947, T. 1, nr. 2, p. 207—209.
82. DONADY, D., JEANGUYOT, M. TH., NECEL, L., DANON-BOILEAU, A., LAB, P., BROUSSELLE, A., LEVY, E., *L'organisation des cliniques médico-psychologiques de la Fondation Santé des Etudiants de France*, „Revue de Neuropsychiatrie infantile et d'Hygiène mentale de l'enfance", 1967, 7—8, 505—536.
83. DOSIOS, A., ALEXANDRU, S., NEICU, V., *Colaborarea medicului cu psihologul în serviciul de psihiatrie* (adulți) — *Experiența Serviciului I clinic psihiatrie de la Spitalul de Stat nr. 9 „Prof. Gh. Marinescu" din București*, „Revista de psihologie", 1963, 1.
84. DUBLINEAU, J., BEAUDOUIN, J. L., BOUQUEREL, Mme, *Application à l'adulte psychopate des techniques de rééducation active en usage pour l'enfance inadaptée*, „Annales médico-psychologiques", 1947, I, 2, 189—192.
85. DUBOIS, F., *Histoire philosophique de l'hypochondrie de l'hystérie*, Paris, Cavellin, 1833.
86. DUBOIS, P., *L'éducation de soi-même, sixième édition*, Paris, Masson, 1916.

Scanned with OKEN Scanner

87. DUBOIS, Dr., *Psihonevrozele şi tratamentul lor moral*, Bucureşti, Socec, f. an.

E

88. *L'Education des enfants anormaux. Rapports présentés à la VI-ème Section du III-ème Congrès International d'Education familiale, tenu à Bruxelles en 1910*, Goemare, Bruxelles, 1910.
89. ELIADE, M., *Yoga, Librairie orientaliste Paul Genthner şi Ed. Fundaţiilor*, Paris şi Bucureşti, 1936.
90. ENĂCHESCU, C., *Arta ca metodă complexă de psihoterapie ocupaţională*, „Revista de psihologie", 1966, 2, 263—273.
91. EY, H., *Méthodes et techniques thérapeutiques en psychiatrie, Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie*, vol. III, Paris, f. an.
92. EY, H., BERNARD, P., BRISSET, CH., *Manuel de Psychiatrie*, Paris, Masson, 1960.
93. EYSENCK, J., *Conditionnement et nevroses*, Paris, Gauthier-Villars, 1962.

F

94. FELDMAN, V., L'esthétique française contemporaine, Paris, Alcan, f. an.
95. FISCHGOLD, H., BLANC, CH., *Approches neurobiologiques*, În: *Problèmes de base en Electroencephalographie — Séminaire de electroencephalographie de l'Hôpital de la Pitié*, Edité par H. Fischgold, C. Dreyfus-Brisac, Ph. Pruvot, Paris, Masson, 1963.
96. FLORENSKY, J., *Considérations sur les principes fondamentaux de la pratique logopédique*, „L'Hygiène mentale", 1934, 6, 136.
97. FLORENSKY, J., *Traitement des logonévroses par la méthode psychologique collective*, „L'Hygiène mentale", 1934, 6, 121.
98. FOLLIN, S., *Bilan de la psychanalyse, La nouvelle critique*, 1951, 27, pag. 38.
99. FORSTER, F. W., *Şcoala şi caracterul*, Bucureşti, Cugetarea, 1940, 20.
100. FRAISSE, P., Bulletin de Psychol., 9—2—57, 1957.
101. FRANKL, V., *Existenzanalyse und Logotherapie, Acta Psychotherapeutica et Psychosomatica*, 1960, 8, 3, 171—185.
102. FREUD, S., *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1936.
103. FREUD, S., *La technique psychanalitique*, Paris, P.U.F., 1970.
104. FRITZ, TH., *Esquises d'une histoire de l'éducation depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours*, Strassbourg, Schmidt et Grucker, 1843.
105. FROMM, E., *La crise de la psychanalyse*, Paris, Anthropos, 1971.

G

106. GANZ, M., *La psychologie d'Alfred Adler et le developpement de l'enfant*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel et Paris, f. an.

Scanned with OKEN Scanner

107. GAUPP, R., *Les tendances du développement de la psychiatrie allemande*, „Annales médico-psychologiques", 1938, 3, 321.
108. GAUTHIER, L. P. A., *Recherches historiques sur l'exercice de la médecine dans les temples chez les peuples de l'antiquité*, Baillière, Paris şi Savy Jeune, Lyon, 1844.
109. GHIDIONESCU, V., *Introducere în pedologie şi pedagogie experimentală*, Bucureşti, 1915—1916.
110. GHILIAROVSKI, V. A., *Psihiatria*, Bucureşti, Editura medicală, 1956.
111. GLASER, K., *American Journal of Psychotherapy*, 1965, 19-2, 220—227.
112. GOBLOT, E., *Traité de logique*, Paris, Armand Colin, 1918, 117.
113. GOLDSTEIN, K., *La structure de l'organisme*, Paris, Galimard, 1951, 95—100, 270—276.
114. GRECO, F., del, *La signification psychologico-thérapeutique du travail dans le traitement des maladies de l'esprit*, „Archivio generale di neurologia, psichiatria e psicoanalisi", 1932, IV, 30.
115. GRMEK, M. D., *Les reflets de la sphygmologie chinoise dans la médecine occidentale, Biologie médicale*, LI, hors série, Février, 1962.
116. GROSSIORD, A., *La rééducation motrice à la faculté*, „La presse médicale", 1968, 76, 33.
117. GROSSIORD, A., *Avant propos*, „Réadaptation", 1970, 166—67, 3.
118. GUILHOT, M. A., JOST, J., GARNIER, P., GUILHOT, J., *Créativité symbolique et musicothérapie*, „L'Hygiène mentale", 1965, 6, 229—234.
119. GUIRAUD, P., *Psychiatrie générale*, Paris, Le Français, 1950, 35.
120. GULIAN, C. I., *Problematica omului*, Bucureşti, Editura politică, 1966.
121. GUREVICI, M. O., SEREISKI, M. I., *Manual de psihiatrie*, Bucureşti, Editura de stat, 1949.
122. GUYAU, M., *Éducation et Hérédité*, Paris, Alcan, 1902, p. 1—32.
123. GUYOTAT, J., *Remarques sur les relations entre chimiothérapies et Psychothérapie individuelle, Actualités de thérapeutique psychiatrique*, 1963, 79.

H

124. HERODOTE, *Histoire*, Paris, Pasquelle editeur, f. an.
125. HILL, ADRIAN, *L'art contre la maladie. Une histoire d'artthérapie*, Paris, Vigot, 1947.
126. HIPPOCRATE, *De la nature de l'homme*, Oeuvres complètes, vol. II, Paris, Baillière, 1849.
127. HIPPOCRAT, *Texte alese*, Bucureşti, Editura medicală, 1960.
128. HOCHMANN, J., GENEVIÈVE, J. M., *Des quelques problèmes soulevés par les chimiothérapies dans l'institution psychiatrique, Actualités de thérapeutique psychiatrique*, Deuxième série, Paris, Masson, 1967.
129. HORNEY, K., *Voies nouvelles de la psychanalyse*, Paris, Arche, 1951.

Scanned with OKEN Scanner

130. HORNEY, K., *La personnalité névrotique de nôtre temps*, Paris, Arche, 1953.
131. HUBERT, R., *Traité de pédagogie*, Paris, P.U.F., 1946.

I

132. IACOBI, S., *La psychologie de C. G. Jung*, Paris, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1950.
133. IAKOVLEVA, E. K., ZACEPISKI, R. A. i CEASOV, V. A., *Opît kolektionoi psihoterapii u bolnîh nevrozanii*, „Jurnal nevrologhii i psihiatrii imeni Korsakova", 1959, 10.
134. IONES, E., *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud*, tome II, Paris, Alcan, 1961.
135. ITARD, J., *Mémoire et rapport sur Victor de l'Averyron* (1801 şi 1806) în: WALSON, L., *Les enfants sauvages*, Union Générale d'Editions, Paris, 1964.
136. IVANOV, N. V., *K voprosu o teorii sovetskoi kolektivnoi psihoterapii*, „Jurnal nevrologhii i psihiatrii imeni Korsakova", 1960, 10.
137. IVANOV-SMOLENSKI, A. G., *Studii de fiziopatologie a activităţii nervoase superioare*, Bucureşti, Editura de stat pentru literatură ştiinţifică, 1951.

J

138. JANET, P., SEAILLES, G., *Histoire de la philosophie*, Paris, Delgrave, 1938.
139. JANET, P., *La médecine psychologique*, Paris, Flammarion, 1924.
140. JANET, P., *Les médications psychologiques*, a) vol. II — *Les économies psychologiques*, b) vol. III — *Les acquisitions psychologiques*, Paris, Alcan, 1919.
141. JASPERS, K., *Psychopathologie générale*, Paris, Alcan, 1933.
142. JEANNIERE, A., *La pensée d'Héraclite d'Ephèse et la vision présocratique du monde*, Paris, Aubier, 1959.
143. JOLIVEI, B., *Panorama de la thérapeutique psychiatrique actuelle*, „Réadaptation", 1966, 133, 9—11.
144. JOST, J., GARNIER, P., GUILHOT, J., GUILHOT, M., *Contribution de la musique en psychotérapie, Psichopathologie de l'expression*, nov.—dec., 1966, p. 38—45.
145. JUNG, C. G., *La théorie psychanalytique*, Montaigne — Genève, 1912.
146. JUNG, C. G., *L'inconscient dans la vie psychique normale et anormale*, Paris, Payot, 1928.
147. JUNG, C. G., *Psychologie und Erziehung. Analitische Psychologie und Erziehung Konflikte der Kindlichen Seele*, Der Negabte, Zürich, Rascher, 1950.

Scanned with OKEN Scanner

148. JUNG, C. G., *Die Psychotherapie in der Gegenwart* — Revue suisse de psychologie, vol. IV, 1945, 1, 6—7.
149. JUNG, C. G., *L'énergetique psychique*, Genève, Georg, 1956.

K

150. KAZENSTEIN, A., *Ueber die Arbeit des Psychologen im Krankenhaus f. Psychiatrie*, „Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie", 1957, 6.
151. KERBIKOV, O. I., OZEREȚKI, N. I., POPOV, E. A., SNEJNEVSKI, A. V., *Manual de psihiatrie*, I.M.F., Timişoara, 1963.
152. KLOTZ, H. P., *La médecine psychosomatique — le point de vue du somaticien. La Médecine psychosomatique — sous la direction de H. P. Klotz*, Expansion Scientifique Française, Paris, 1965.
153. KORA, T., *Principes de la thérapeutique de Morita*, „L'Hygiène mentale", 1955, 2, 41—53.
154. KREINDLER, A., *Nevroza astenică*, Bucureşti, Editura Academiei Republicii Populare Române, 1961.
155. KRETSCHMER, E., *Manuel théorique et pratique de psychologie médicale*, Paris, Payot, 1927, 454—461.
156. KRONFELD, A., *Psychagogik oder psychotherapeutische Erziehungslehre — Die psychischen Heilmetoden*, Leipzig, 1927.

L

157. LABORIT, H., *Biologie et structure*, Paris, Galimard, 1968.
158. LABREGERE, A., *L'enseignement des adultes en cure ou en réadaptation*, „Réadaptation", 1964, nr. 112.
159. LAFON, R., *Psychopédagogie médico-sociale*, Paris, P.U.F., 1950.
160. LAFON, R., *Vocabulaire de Psychopédagogie et de Psychiatrie de l'enfant*, Paris, P.U.F., 1963.
161. LA FUYE, R., *Traité d'acupuncture*, vol. I, Paris, Le Français, 1956.
162. LAGACHE, D., Éléments de psychologie médicale — Encyclop. méd. chir., 1961, 3, 37 030, p. 1—3.
163. LAIGNEL, LAVASTINE, M., VINCHON, J., *Les maladies de l'ésprit et leurs médecins du XVII-e au XIX-ième siècle*, Paris, Maloine, 1930.
164. LALANDE, A., *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, P.U.F., 1957.
165. LA METTRIE, *Omul maşină şi alte opere filozofice*, Bucureşti, Editura ştiinţifică, 1961.
166. LANGLOIS, Dr., POUCET, M., MOINARD, M., *Les marottes — activité thérapeutique et projective dans le cadre de la rééducation des maladies mentales*, „Réadaptation", 153, 1968, p. 24—28.

Scanned with OKEN Scanner

167. LASSO DE LA VEGA, J., *Tratado de biblioteconomia*, Madrid, Mayfe, 1956.
168. LENIN, V. I., *Opere*, vol. 38 — *Caiete filozofice*, Bucureşti, Editura politică, 1959.
169. LEVILLAIN, F., *La neurasthénie — Maladie de Beard*, Paris, Maloine. 1891.
170. LEONTIEV, A. N., *Biologicul şi socialul în psihicul omului*, „Analele româno-sovietice", Pedagogie-psihologie, 1962, 2, 51.
171. LEVY, P. E., *L'éducation rationnelle de la volonté — son emploi thérapeutique*, Paris, Alcan, 1898, 121, 99.
172. LIEBEAULT, A. A., *Thérapeutique suggestive*, Paris, G. Doin, 1891, 1—37.
173. LUDWIK, CH., *Utak és tévutak a XX század pedagogiájában*, Gondolat Kiadó, 1969.
174. LUNGU, AL., *Orologiile biologice*, Bucureşti, Editura ştiinţifică, 1968.
175. LURIA, A. A., *Dezvoltarea limbajului şi formarea proceselor psihice. Psihologia în U.R.S.S.*, Bucureşti, Editura ştiinţifică, 1963, 313.
176. LURIA, A. R., Ţ. VETKOVA, *La rééducation des malades atteints de lésions cérébrales et sa portée psychopédagogique*, „Bulletin de psychologie", 1967, 880.

M

177. MAKARENKO, A. S., *Opere pedagogice alese*, vol. I, Bucureşti, Editura de stat pentru literatură didactică şi ştiinţifică, 1951.
178. MALAMUD, W., *Les tendances actuelles en psychothérapie*, „*L'Encéphale*", 1938, 3, pag. 105—122.
179. MALSON, L., *Les enfants sauvages*, Paris, Union Générale d'Editions, 1964.
180. MARCAULT, J. E., BROSSE, TH., *L'Education de demain*, Paris, Alcan, 1939.
181. MARCHAIS, P., *Vers une psychothérapie rationnelle*, „Annales médico-psychologiques", 1965, T 2, 5, 589—616.
182. MARCHAIS, P., *Principes d'une psychothérapie rationnelle*, IV-ème Congrès mondial de psychiatrie, 1966, 290.
183. MARCHAIS, P., *Les processus nevrotiques*, Paris, L'Expansion, 1968.
184. MARE, V., *Limbajul în: Psihologie generală* sub red. prof. Al. Roşca, Bucureşti, Editura didactică şi pedagogică, 166, 277.
185. MARINESCO, SAGER et KREINDLER, *Bégaiement et réflexes conditionels*, „Revue neurologique", Mars, 1932.
186. MARINESCU, G., *Reeducaţiunea şi tratamentul psihic în terapeutică*, „Viaţa Ştiinţifică", I, nr. 3, martie 1906.

Scanned with OKEN Scanner

187. MARMY, E., *JUNG, C. G.*, et *le problème de l'éducation*, „La nouvelle revue pédagogique", 8, 1950, p. 450—465.
188. MARX, K., ENGELS, FR., *Opere*, vol. 3, Bucureşti, Editura politică, 1958.
189. MASSERMAN, J., *Principes de psychiatrie dynamique*, Paris, P.U.F., 1956.
190. MAUCO, G., *Psychanalyse et éducation*, Paris, Auber-Montaigne, 1968.
191. MEDICI, ANGELA, *L'éducation nouvelle*, Paris, Alcan, P.U.F. 1940.
192. MEDICI, ANGELA, *L'éducation nouvelle — ses méthodes, ses progrès.* Deuxième édition entièrement refondue. — „Que sais-je?" Paris, P.U.F., 1942.
193. MEYER, S., *L'instituteur en milieu psychiatrique*, „Réadaptation", 1964, 112.
194. MIASIŞCEV, V. N., *Unele probleme ale teoriei psihoterapiei*, „Analele româno-sovietice", 1960, 4, 101.
195. *Mic dicţionar filozofic*, Bucureşti, Editura politică, 1969.
196. MIHU, A., *Sociometria, eseu critic*, Bucureşti, Editura politică, 1967.
197. MILANOV, A., BORISOVA, I., *Yoga*, Bucureşti, Ed. Stadion, 1972.
198. MILCU, ŞT., *Noţiunea de boală în lumina materialismului dialectic*, în: *Materialismul dialectic şi ştiinţele contemporane ale naturii*, vol. III, Bucureşti, Ed. politică, 1963. p. 188 şi urm.
199. MOLHAUT, M., *Contribution à l'étude clinique et physio-pathologique des troubles du langage*, „L'Hygiène mentale", 1934, 5, 101.
200. MOLLET, M., *La médecine chez les Grecs avant Hyppocrate*, Paris, Maloine, 1906.
201. MONDOLONI, P., *Introduction à la psychopathologie de Pierre Janet*, Thèse de Paris, 1962.
202. MONOD, M., JOSSERAND, M., LE BARRE, H., *La Rythmique: sa valeur, son rôle dans l'organisation psycho-pédagogique de la vie des enfants traités en sanatorium*, „Revue de neuropsychiatrie infantile et d'Hygiène mentale de l'enfance", 1962, 1—2, 55.
203. MONTAUDON, G., *Technique du traitement de la psychiatrie par la méthode Vittoz*, Paris, Baillière, 1942.
204. MONTESSORI, MARIA, *Pedagogia medicală*, Bucureşti, Editura Cartea Românească, f. an.
205. MOREL, B. A., *Traité des maladies mentales*, Paris, Masson, 1860.
206. MORENO, J. L., *Who shall survive*, ed. a 2-a — New York, Beacon House, 1953.
207. MORENO, J. L., *Fondement de la Sociométrie*, Paris, P.U.F., 1954.
208. MORENO, J. L., *The Third Psychiatric Revolution and the Scope of Psychodrama. Group Psychoterapy*, 1964.
209. MUREŞANU, C., *Pestalozzi şi şcoala creatoare*, Constanţa, 1927, 47.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

N

210. NEHRU, J., *Descoperirea Indiei*, Bucureşti, ESLP, 1956.
211. NUNN, P. T., *Education, its data and first principles*, Edward Arnold, 1945.

O

212. OBREGIA, AL., *Notiţă asupra lucrărilor manuale ale bolnavilor din Ospiciul Mărcuţa*, Bucureşti, f. an.
213. OBREGIA, AL., *Noul ospiciu de alienaţi de lîngă Bucureşti* — Cu un plan şi 6 tabele, Bucureşti, 1910.
214. OLÉRON, P., *Les sourd-muets*, Paris, P.U.F., 1950.

P

215. PAGEL, W., *Paracelse — Introduction à la médecine philosophique de la Renaissance*, Paris, Arthaud, 1963.
216. PATTERSON, C., *Divergence and convergence in psychotherapy*, „Am. J. Psychoter.", 1967, 21, 4—17.
217. PAVLOV, I. P., *Prelegeri despre activitatea nervoasă superioară*, Bucureşti, Editura Academiei R.P.R., 1951.
218. PAVLOV, I. P., *Experienţa a douăzeci de ani în studiul activităţii nervoase superioare a animalelor*, Bucureşti, Editura Academiei R.P.R., 1953, 481.
219. PELECIER, M., *Le centre „André Léveillé"*, „Réadaptation", 1966, 134, 8—9.
220. PELECIER, M., *Le travail intellectuel agent de guérison*, Réadaptation, 1967, 136, 33.
221. PIAGET, J., *Six études de psychologie*, Genève, Gauthier, 1964.
222. PIAGET, J., *La psychologie de l'intelligence*, Paris, Armand Colin, 1967.
222 b PIAGET, J., *Biologie şi cunoaştere*, Cluj, Editura Dacia, 1971.
223. PIAGET, J., INHELDER, B., *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent*, Paris, P.U.F., 1955.
224. PICHON, E., BOREL-MAISONNY, S., *Le bégaiement, sa nature et son traitement*, Paris, Masson, 1937.
225. PIERON, H., (sub red.), *Vocabulaire de la psychologie*, Paris, P.U.F, 1963.
226. PINEL, PH., *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Paris, Brosson, 1809.
227. PLANCHARD, E., *La pédagogie scolaire contemporaine*, Nauweläerts Louvain — Paris, 1968.
228. PLATON, *Oeuvres complètes*, Bibliothèque de la Pleiade, Galimard, 1950, vol. I.

229. PLUTARQUE, *Vie des hommes illustres*, vol. 3, Paris, Charpentier, 1854.
230. *POJOGA, N., Citeva consideraţii asupra noţiunii centrului biopsihiatric*, „Buletinul Societăţii de psihologie medicală", Sibiu, 1938, 6—51 şi urm.
231. POROT, A., *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique*, Paris, P.U.F., 1960.
232. PREDA, GH., STOENESCU, TH., MOŞOIU, V., *Contribuţii la problema igienei şi profilaxiei mintale*, „Buletinul Societăţii de psihologie medicală", 1938, 5, 59—61.
233. PREDESCU, V., *Terapie psihotropă*, Bucureşti, Editura medicală, 1968.
234. PREDESCU, V., (sub red.) *Psihiatrie*, Bucureşti, Editura medicală, 1976.
235. PREDESCU, V., IONESCU, G., *Psihoterapia în grup*, „Neurologia — Psihiatria — Neurochirurgia", 1 (I), 3 (II), 4 (III), 1970.
236. PREVOST, E., *Le traitement médico-pédagogique. L'hypnotisme peut-il être un moyen d'éducation où de rééducation?* Paris, Plon — Nourrit, 1911.
237. PORTNOV, A. A., FEDOTOV, D. D., *Nevroza, reactivnîle psihoza i psihopatii*, Moskva, 1957.

Q

238. QUINT, H. W., *Educational therapy for the hospitalized neuro-psihiatric patient*, „Amer. Correct Ther. J.", 1968, 22, 14—17.

R

239. RADO, S., *American Handbook of Psychiatry*, vol. I, Ed. Silvano Ariety, Basic Books, N.Y., 1967, 341.
240. REISS, FRANÇOISE, *Le dilemme de l'artiste, déséquilibre ou dépassement*, „L'Hygiène mentale", 1/1965, p. 30—31.
241. RENIE, O., *Un point de vue médical. Sur le rôle de l'instituteur en milieu hospitalier*, „Réadaptation", 1964, 112.
242. ROGERS, C., KINGET MARIAN, G., *Psychothérapie et relations humaines — Théorie et pratique de la thérapie non-directive*, 2 vol., Beatrice — Nauwelaerts, Paris, Louvain, 1966.
243. ROKHLINE, L., *La médecine soviétique en lutte contre les maladies mentales*, Moscou, Editions en langues étrangères, 1958, 132.
244. ROSENBLUM, E., *Le développement de la pédagogie curative* — Aperçu historique, „Enfance", 2, 1961, 164—178.
245. ROUSSEAU, J.-J., *Emile ou de l'éducation*, Paris, Garnier, f. an.

S

246. SAADA, DENISE, *L'héritage de Freud*, Aubier, Montaigne, 1966.

Scanned with OKEN Scanner

247. SARAGEA, M., TEODORESCU-EXARCU, I., FAIBIS, A., *Curs de fiziopatologie*, Bucureşti, I.M.F. (sub tipar), 4.
248. SARAGEA, M., NEGRU, T., *Bioritmuri*, Bucureşti, Editura ştiinţifică, 1966.
249. SAUSSURE, R. de, *Les bases d'une hygiène mentale individuelle ou l'étude des normes en psychothérapie*, „L'Hygiène mentale", 1935, nr. 1, p. 2—20.
250. SAUVAN, J., *Machines, intelligence, connaissance, conscience et liberté*, Progress in biocybernetics, Edited by Norbert Wiener, vol. III, Elsevier, Amsterdam, London, New York, 1965.
251. SĂHLEANU, V., *Boală, teren, individualitate. Materialismul dialectic şi ştiinţele contemporane ale naturii*, vol. IV, Bucureşti, Editura politică, 1964, p. 296 şi urm.
252. SĂHLEANU, V., *Revoluţia în ştiinţă şi tehnică — Natura şi direcţiile organizării ei* (participare la dezbatere), „Lupta de clasă", 1970, 7, 65—66.
253. SCHAFF, A., *Marx et l'humanisme contemporaine*, Diogene, Paris, nr. 62/1968.
254. SCHIED, W., GIBBELS, E., *Therapie in der Neurologie und Psychiatrie*, Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1969.
255. SCHNEIDER, C., *Behandlung und Versütung der Geisterkrankheiten*, Berlin, Springer Verlag, 1939.
256. SCHULTZ, J. H., *Le training autogène*, Paris, P.U.F., 1958.
257. SCHULTZ, J. H., *Manuel pratique du training autogène* (Autodecontraction concentrative), P.U.F., 1958.
258. SCHUYTEN, M. C., *Quelques problèmes de la Pédologie actuelle — I-er Congrès international de psychiatrie, de neurologie, de psychologie et de l'assistance des aliénés*, Amsterdam, 2—7 septembre 1907, Amsterdam, J. H. de Bussi, 1907.
259. SÉGUIN, E., *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés*, Paris, Baillière, 1846.
260. SÉGUIN, E., *L'éducation psychiologique*, Paris, Ernest Flammarion, 1931.
261. SEMELAIGNE, R., *Les pionniers de la psychiatrie française, Avant et après Pinel*, Paris, Baillière et fils, 1930.
262. SENEQUE, *Dialogues*, „Les belles lettres", Paris, vol. III — Consolations, 1923.
263. SENECA, *Scrisori către Luciliu*, Bucureşti, Editura ştiinţifică, 1967, 37, 129, 214, 230.
264. SIMIONESCU, N., *Problemele generale, teoretice şi practice ale terenului şi reactivităţii — Studiul terenului în chirurgie*, — sub red. acad. Th. Burghele, Bucureşti, Editura medicală, 1965.
265. SIMON, H., *La psychothérapie à l'Asile*, „L'Hygiène mentale", 1933, 1, 16.
266. SIVADON, P., *Les activités de groupe à l'hôpital psychiatrique*, „Annales médico-psychologiques", 1947, T. 1, nr. 2, p. 192—196.

Scanned with OKEN Scanner

267. SIVADON, P., *La notion de modèle analogique en psychothérapie institutionelle,* IV Congreso mundial de psiquiatria, Madrid, Excerpta Médica, 1966.
268. SIVADON, P., GONTHERET, F., *La rééducation corporelle des fonctions mentales,* „Réadaptation", 133, 1966, p. 13—16.
269. SIVADON, P., *Facteurs psychologiques de la réadaptation,* „Réadaptation", 136, 1967, 12—14.
270. SKALLER, G., *Biblioterapiia,* „Bibliotekar", 1965, 1, p. 36—38.
271. SMIRNOV, I., *Aspecte ale teoriei acțiunii la Karl Marx,* „Forum" — Științe sociale, I — Teoria acțiunii umane, București, 1969.
272. *Specialiști francezi despre Yoga,* București, 1971.
273. STAUREANU, M., *Dicționar latin-român,* Craiova, Editura „Scrisul Românesc", 1913.
274. STERN, E., *Les conflits de la vie, causes de maladies,* Paris, Payot, 1955.
275. STEVENIN, L., *À L'expression scénique dirigée,* „L'Hygiène mentale", 6, 1965, p. 217—222.
276. STEVENIN, L., *À propos de l'application thérapeutique de la méthode d'expression scénique dirigée, Psychopathologie de l'expression,* 1966, nov.—dec., p. 6.
277. STEVENSON, I., SHIPPE, W., *American Handbook of Psychiatry,* vol. I, Ed. Silvano Ariety, Basic Books, N.Y., 1967, pag. 215 și urm.
278. STOENESCU, T., CUPCEA, S., *Les applications cliniques de la Psychothérapie dans l'hôpital des maladies mentales de Sibiu, dirigé par le dr. G. Preda,* Sibiu, „Buletinul Societății de psihologie", 4, 67.
279. STOIAN, ST., *Logica pedagogică și logica pedologică,* București, „Revista de pedagogie", 1964, 1, 5.
280. STOIAN, ST., (sub red.), *Curs de pedagogie generală,* București, 1969.
281. STOSSEL, ST., *Contribuția interrelației între centru și periferie.* Teză de doctorat, Timișoara, 1970.

Ș

282. ȘUȚU, AL., *Ospiciul Mărcuța — Relațiuni clinice și medico-legale,* București, 1869.

T

283. TATON, R., (sub conducerea), *Istoria generală a științei,* vol. I, *Știința antică și medievală de la origini la 1450,* București, Editura științifică, 1970.
284. TEULIE, Y., *Reflexion sur une Institution psychothérapeutique. Le club Paul Balvet de Saint Alban,* Thèse de Toulouse — Rodez, 1954.

Scanned with OKEN Scanner

285. THORPE, L. P., SCHMULLER, A. M., *Les théories contemporaines de l'apprentissage et leur application à la pédagogie et à la psychologie*, Paris, P.U.F., 1956.
286. TODORAN, D., *Dimensiunile educației și sfera de cercetare a pedagogiei*, „Revista de pedagogie", 1966, 10, 10—21.
287. SANTO TOMAS de AQUINO, *De magistro*, Costa Rica, Ciudad Universitaria, 1961.
288. TOULOUSE, ED., DUPUY, R., *De la transformation des asiles d'aliénés en hôpitaux psychiatriques*, „L'Hygiène mentale", 1927, 6, 83.
289. TRIBOUILLIER, J., *Le geste de Pinel* — Thèse de Paris, 1955.
290. TUCKEY, LLOYD, *Thérapeutique psychique ou traitement par l'hypnotisme et la suggestion*, Paris, 1893.

U

291. ULMANN, J., *L'idée de nature dans l'éducation physique et dans l'éducation morale*, Paris, J. Vrin, 1964.

V

292. VALLAS, I. P., *Contribution à l'étude des problèmes architecturaux et conceptuels de l'Hôpital psychiatrique moderne*, Thèse de Paris, 1962.
293. VAN RENTERGHEM, A. W., *Les différentes formes de psychothérapie, I. Congrès international de psychiatrie, de neurologie, de psychologie et de l'assistance des aliénés*, Amsterdam, 2—7 septembre 1907 — J. H. de Brussi, Amsterdam, 1907.
294. VAUTHIER, CH. A., *La psychothérapeute devant la psychopharmacologie* — Thèse de Genève, Kestenholz, Bâle, 1965.
295. VESELKIN, P. N., *Contribuții la definiția noțiunii de boală*, Buletin de informare științifică, București, Academia R.P.R., 45, 1958, p. 7 și urm.
296. VIAT, J., *Pédagogie clinique et travail scolaire coopératif*, Bulletin de psychologie, 1968, XXI, 270, 15—19, p. 1 102.
297. VICOL, C. A., *Epicur, Omul, gîndirea, opere rămase.*
298. VILLEY, G., *La psychiatrie et les sciences de l'Homme* (Essai de synthèse scientifique), Paris, Alcan, 1938.
299. VITTOZ, R., *Traitement des psychonevroses par la rééducation du controle cérébral*, Paris, Baillière, 1947.
300. VOLKOV, G. N., *Sociologia științei*, București, Editura politică, 1969, 247, 249.

W

301. WALLEN, R. W., *Clinical Psychology*, Mc Graw Hill — New York — Toronto — London, 1956.

Scanned with OKEN Scanner

302. WEIGERT, E., *American Handbook of Psychiatry*, vol. I, Editura Silvano Ariety, Basic Books, N.Y., 1967.
303. WELLS, H. K., *Freudismul şi „reformatorii" săi contemporani — Dialectica marxistă şi ştiinţele moderne*, vol. III, Bucureşti, Editura politică, 1962, p. 357.
304. WHITE, ALICE, M., FICHTENBAUM, L., DOLLARD, I., *Measuremen of what the patient learns from psychotherapy, The Journal of Nervous and Mental Diseas*, vol. 149, nr. 3, 1969, 281—293.
305. WIENER, N., *Cibernetica*, Bucureşti, Ed. ştiinţifică, 1966, 22—23.
306. WILSON, SHAFFER, G., LAZARUS, R., *Fundamental concepts in Clinical Psychology*, Mc Graw Hill, New York — Toronto — London, 1952.
307. WUNDT, W., *Hypnotisme et suggestion*, Paris, Alcan, 1893, p. 147.

Z

308. ZISSMAN, H., *Ergothérapie et réemploi des malades mentaux*, „Réadaptation", 1958, 49, 27—28.

Scanned with OKEN Scanner